

Korvala-Keskitalo Anna & Mäki Jutta

NAISTEN KOKEMUKSIA MUNASOLUPUNKTIOON LIITTYVÄSTÄ LÄÄKEHOIDOSTA JA OHJAUKSESTA

NAISTEN KOKEMUKSIA MUNASOLUPUNKTIOON LIITTYVÄSTÄ LÄÄKEHOIDOSTA JA OHJAUKSESTA

Anna Korvala-Keskitalo
Jutta Mäki
Opinnäytetyö
Syksy 2016
Hoitotyön tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto-ohjelma
Kätilötyö

Tekijät: Korvala-Keskitalo Anna & Mäki Jutta
Opinnäytetyön nimi: Naisten kokemuksia munasolupunktioon liittyvästä lääkehoidosta ja ohjauksesta
Työn ohjaajat: Manninen Minna & Rainto Satu
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2016 Sivumäärä: 48 + 5

Tahattomasta lapsettomuudesta kärsii noin 15 prosenttia hedelmällisessä iässä olevista ihmisistä. Lapsettomuudesta puhutaan, kun raskaus ei ole alkanut vuoden säännöllisen sukupuolielämän jälkeen. Hedelmöityshoitojen myötä lapsettomuuteen on saatavilla apua, sillä nykyisillä lapsettomuushoidoilla tulokset ovat hyviä ja jopa 80 prosenttia pareista saa lapsen, jos kaikkia tarjolla olevia hoitomuotoja käytetään. Nykyisin noin 4 prosenttia Suomessa syntyneistä lapsista on saanut alkunsa hedelmöityshoitojen avulla.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata munasolupunktion kokeneiden naisten kokemuksia saamastaan lääkehoidosta ja sen toteutumisesta. Työ toteutettiin yhdessä Väestöliiton Oulun klinikan kanssa. Tietoa naisten kokemuksista kerättiin kyselylomakkeiden avulla Väestöliiton Oulun klinikan vastaanotolla. Tavoitteena oli kerätä tietoa, jota voitaisiin suoraan hyödyntää munasolupunktion lääkehoidon kehittämisessä sekä potilaan ohjauksessa.

Tutkimustuloksina selvisi, että suurin osa vastaajista koki munasolupunktion positiivisena toimenpiteenä ja kivunlievityksen tehokkaana. Potilaiden saama ohjaus oli laadukasta ja kattavaa. Kukaan vastaajista ei kokenut jääneensä vaille kunnollista ohjausta.

Jatkotutkimusehdotukseksi muodostui tutkimus puolisoiden huomioimisesta hedelmöityshoitojen ohjauksessa. Hedelmöityshoitoja annetaan edelleen enimmäkseen pariskunnille, joten ohjaus tulisi siis aina kohdentaa pariskunnan molemmille osapuolille yhtä kattavasti.

Asiasanat: lapsettomuus, hedelmättömyys, hedelmöityshoito, koeputkihedelmöitys, munasolupunktio, sukusolut, lääkehoito

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Midwifery

Authors: Korvala-Keskitalo Anna & Mäki Jutta
Title of thesis: Womens experiences of medical treatment and guidance during ovarian puncture
Supervisors: Manninen Minna & Rainto Satu
Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2016
Number of pages: 48 + 5

Involuntary infertility affects about 15 percent of people in fertile age. Infertility occurs when pregnancy has not started in a year's time after starting a regular sex life. Infertility treatments give aid to infertility, as recent treatments show very good results: even up to 80 percent of pairs have a child, if all available treatments are used. Nowadays about 4 percent of children born in Finland have been initiated by infertility treatments.

The purpose of our thesis was to show experiences about medical treatment and care of the women that have gone through ovarian puncture. The thesis was made in collaboration with Väestöliitto Oulu clinic. Data in women's experiences was collected by a questionnaire in Väestöliitto Oulu clinic's reception. The purpose was to collect data that could be used to improve medical care and guidance during ovarian puncture.

The results show that major part of respondents experienced ovarian puncture as a positive treatment and pain treatment effective. The guidance patients received was of good quality and sufficient. None of the respondents felt to have not received proper guidance.

For further research we suggest a research in considering partners in guidance in infertility treatments. Because infertility treatments still involve mainly couples, the guidance should be targeted on both partners equally.

Key words: infertility, assisted reproduction treatment, in vitro fertilization, IVF, ovarian puncture, medication

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT.....	4
1 JOHDANTO	7
2 LAPSETTOMUUS	8
2.1 Lapsettomuuteen johtavat syyt	12
2.2 Naisen hedelmättömyys	12
2.3 Miehen hedelmättömyys	13
3 LAPSETTOMUUDEN VAIKUTUS NAISTEN TUNNE-ELÄMÄÄN.....	15
3.1 Lapsettomuuden vaikutus parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen.....	16
4 LAPSETTOMUUDEN HOITOKEINOJA.....	18
4.1 Tutkimukset naiselle	19
4.2 Tutkimukset miehelle.....	20
4.3 Ovulaation induktio	22
4.4 Inseminaatio.....	22
4.5 Koeputkihedelmöitys IVF ja mikrohedelmöitys ICSI.....	23
4.6 Riskit.....	24
5 POTILASOHJAUS LAPSETTOMUUSHOITOJEN YHTEYDESSÄ	26
6 MUNASOLUPUNKTION AIKAINEN LÄÄKEHOITO JA POTILASOHJAUS...29	
7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	31
8 AIKATAULU, TYÖNJAKO JA KUSTANNUSARVIO	32
9 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	33
9.1 Menetelmät	33
9.2 Aineiston keruu	33
10 AINEISTON ANALYYSI	35
11 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	37
12 POHDINTA	42
12.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	42
12.2 Tutkimuksen eettisyys	43
12.3 Jatkotutkimusaiheet.....	44
LÄHTEET.....	45

LIITTEET	49
----------------	----

1 JOHDANTO

Tahattoman lapsettomuuden yleisyydestä ei ole tarkkaa tietoa, mutta yleisesti arvioidaan noin 15 prosentin hedelmällisessä iässä olevista kärsivän lapsettomuudesta jossain vaiheessa elämäänsä (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011). Terveys 2011 – tutkimuksen mukaan 19 prosenttia naisista ja 11 prosenttia miehistä raportoi kokeneensa tahatonta lapsettomuutta elämänsä aikana (THL, viitattu 16.8.2016). Lapsettomuus lisääntyy naisilla ikääntymisen myötä. Lapsettomuudesta kärsiviä yli 40 vuotiaita onkin tilastoitu olevan jopa 40 prosenttia, kun 20–25-vuotialla vastaava osuus on vain 6 prosenttia. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011)

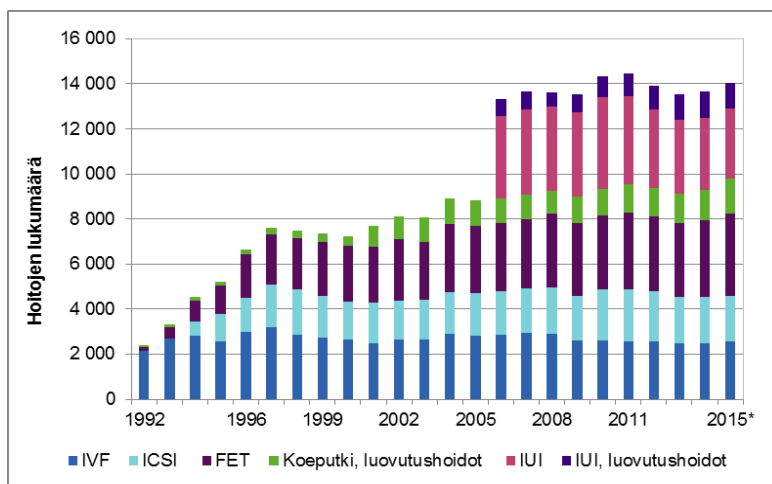
Lapsettomuushoitojen myötä lapsettomuuteen on saatavilla apua, sillä nykyisillä hoidoilla tulokset ovat hyviä. Jopa 80 prosenttia pareista saa lapsen, jos kaikkia tarjolla olevia hoitomuotoja käytetään. Nykyisin noin 4 prosenttia Suomessa syntyneistä lapsista ovat saaneet alkunsa lapsettomuushoitojen avulla. (Morin-Papunen & Koivunen, 2012, 1478) Luku on vielä melko pieni, sillä joidenkin arvioiden mukaan hoidettaessa kaikkia lapsettomia pariskuntia heidän omilla sukusoluillaan nykyisiä hoitomenetelmiä käyttäen, jopa 75 prosenttia saisi lapsen. Lukua nostaa entisestään lahjoitettujen sukusolujen sekä alkuiden käyttö ja nykyisin vielä Suomessa kielletty sijaissynnyttäjien hyödyntäminen. (Ketonen 2012) Nykyisin noin 5 prosenttia pareista on tahattomasti lapsettomia vielä kolmen vuoden yrittämisen jälkeen (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011).

Yksityinen sektori on päätoimija hedelmättömyyshoitojen osalta. Väestöliiton klinikat Oy on johtava hedelmättömyysklinikka Suomessa, joten on luonnollista, että laadun tarkkailu on Väestöliitolla tärkeää. Työmme aihe syntyi Väestöliiton Oulun klinikan toiveesta. Tehokas kivunhoito munasolupunktion yhteydessä lisää potilastyytyväisyyttä ja tämän vuoksi nyt käytettävästä kivun lääkehoidon toimivuudesta haluttiin varmistua. Myös laadukas ohjaus pre- ja perioperatiivisesti on potilasturvallisuuden ja -tyytyväisyyden kannalta erittäin tärkeää. Laadukas ohjaus toimii myös erinomaisena kivunlievitysmenetelmänä

2 LAPSETTOMUUS

Lapsettomuudesta eli infertiliteetistä voidaan puhua, kun pari ei ole saanut raskautta alkuun vähintään vuoden kestäneen säännöllisen sukupuolielämän jälkeen. Primaarista lapsettomuudesta puhutaan, kun raskautta ei ole koskaan saatu alkuun. Tämän lisäksi on myös sekundaarista lapsettomuutta, jolloin tarkoitetaan aiemman raskauden jälkeisestä hedelmättömyydestä. Hyvin pieni osa lapsettomista pariskunnista on pysyvästi hedelmättömiä, eli steriliteettejä. Suurin osa kärsii subfertiliteetistä eli heikentyneestä lisääntymiskyvystä, jolloin hedelmöityshoidoista voidaan saada apua. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011)

Tahaton lapsettomuus vaikuttaisi yleistyvän. Ongelma on nykyisin myös helpommin tunnistettavissa ja pariskunnat hakeutuvat entistä aiemmin hoitoihin. (Ketonen 2012, 613) Alla olevassa kaaviossa on esitetty lapsettomuushoitojen lukumäärä vuosina 1992–2015. Sperman- ja alkionluovutuksista ei ennen vuotta 2006 kerätty lainkaan rekisteriä. Viimeisimmän Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkistaman lapsettomuushoitojen tilastoraportin mukaan aloitetut hedelmöityshoidot ovat viime vuosina lisääntyneet. Vuonna 2014 aloitettiin noin 13 700 hedelmöityshoitoa ja kerättyjen ennakkotietojen mukaan hoitojen määrä kasvoi vuonna 2015 noin 2,6 prosenttia. Tehdyistä hedelmöityshoidoista julkisen terveydenhuollon osuus on noin 44–45 prosenttia. (Gissler & Heino 2016)



KUVIO 1. Hedelmöityshoidot 1992–2015 (Gissler & Heino 2016)

Sperman- ja alkionluovutukset 2001 alkaen, inseminaatiot 2006 alkaen.

Vuonna 2007 säädettiin laki hedelmöityshoidoista, joka yksiselitteisesti määrää mitä hedelmöityshoitoja saadaan antaa ja kenelle. Laki on kattava ja siinä on pyritty ottamaan huomioon kaikkien osapuolten asiat, niin hedelmöityshoitoja saavien, kuin sukusoluja lahjoittavienkin. Laki sallii hedelmöityshoidot esimerkiksi naispareille ja luovutetuilla alkioilla ja sukusoluilla. Sukusolujen ja alkioiden luovuttajien on rekisteröidyttävä. Tällä voidaan taata, että yhden lahjoittajan sukusoluista saa alkunsa maksimissaan viiden eri hedelmöityshoitoja saaneen naisen raskaus. Lain mukaan luovutetuista sukusoluista syntyneellä on oikeus 18 vuotta täytettyään, saada halutessaan tietoonsa luovuttajan henkilötiedot. (Laki hedelmöityshoidosta 1237/2006, 1 § ja 4 §)

Laki kieltää käyttämästä sukusoluja, joiden perimään on puututtu. Sukusoluja saa tutkia ja valikoida vain äärimäisissä tapauksissa, esimerkiksi valikoitaessa vakavan sairauden kannalta terveiksi todettuja sukusoluja tai alkioita. Lapsen sukupuoleen voidaan vaikuttaa, mikäli toista puolta olevan syntyvän lapsen riski sairastua perinnölliseen sairauteen on huomattavan suuri. (Laki hedelmöityshoidosta 1237/2006, 5 §)

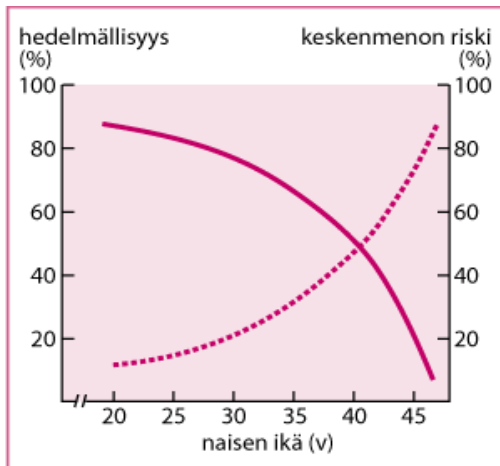
Terveystieteiden työntekijöissä eettiset ongelmat ovat päivittäisiä. Etiikka on myös usein hyvin konkreettista, koska työskentely tapahtuu elämän peruskysymysten äärellä. Terveys ja sairaus, syntymä ja kuolema sekä elämän rajallisuus ja näihin liittyvät kysymykset ovat erityisesti hedelmöityshoitajien parissa työskentelevillä jatkuvasti pohdittavana. (Heinimäki 2012, 124– 125). Vuonna 2007 voimaan tullut laki hedelmöityshoidoista, antaa raamit hoitojen antamiselle sekä tilanteille joissa hoidot tulisi evätä. Tästä huolimatta hedelmöityshoitoihin liittyy runsaasti eettisiä kysymyksiä. Yhtenä keskeisimpänä hedelmöityshoitajien eettisenä ongelmana on vastakkain asettelu vauraille väestölle jatkuvasti kehitettävien uusien hoitomuotojen ja valtaosalta maailman väestöstä puuttuvien perusterveydenhuollon palveluiden välillä. (Koskimies, 2004, 92)

Lain mukaan hedelmöityshoidot voidaan evätä seuraavissa tilanteissa:

1. hoitoon ei ole saatavilla kirjallista suostumusta
2. hoitoa saavan parin toinen osapuoli on avioliitossa muun henkilön kanssa
3. raskaus aiheuttaisi naisen iän tai terveydentilan vuoksi huomattavan vaaran naisen tai lapsen terveydelle
4. hedelmöityshoidon antamiseen suostumuksensa antanut henkilö on perunut suostumuksensa tai menehtynyt
5. on ilmeistä, ettei lapselle voida taata tasapainoista kehitystä, tai
6. on syytä olettaa, että lapsi tullaan antamaan ottolapseksi.

(Laki hedelmöityshoidosta 1237/2006)

Suomessa ei ole määritelty selkeää ikärajaa hedelmöityshoitojen antamiselle. Naisella ikääntymisen myötä hedelmällisyys laskee radikaalisti, jonka lisäksi myös jo alkaneen raskauden keskenmenoriski lisääntyy huomattavasti. Lisäksi iäkkäämpien naisten terveysriskit raskauden ja synnytyksen suhteen ovat huomattavasti suuremmat kuin nuorempien naisten kohdalla. On myös pohdittava hoidon seurauksena syntyvän lapsen terveysriskejä sekä lapsen oikeutta koko kasvuiän aikaiseen tasapainoiseen kehitykseen. Asiaa tulisikin pohtia sekä lasta haluavan parin tai yksilön, syntyvän lapsen että terveydenhuollon resurssien näkökulmasta. Yli 40-vuotiaille tehtävät hedelmöityshoidot tulevat usein yksilölle itselleen ja yhteiskunnalle huomattavan kalliiksi. Edellä olevassa kuviossa on esitettyä naisen iän vaikutus hedelmällisyyteen sekä alkaneen raskauden keskenmenoriskiin. (ETENE, 2012)



KUVIO 3. *Naisen iän vaikutus hedelmällisyyteen. Yhtenäinen viiva kuvaa raskauden todennäköisyyttä vuoden kuluessa ehkäisyn poisjättämisen jälkeen ja katkonainen viiva alkaneen raskauden keskenmenonriskiä. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011)*

Lahjoitetut sukusolut tuovat oman haasteensa hedelmöityshoitojen eettisyyttä pohdittaessa. Kuka on luovutettuja sukusoluja hedelmöityshoidossa käyttämällä syntyvän lapsen oikea vanhempi? Lain mukaan syntyvällä lapsella on oikeus tietää lahjoittajien henkilöllisyys täysi-ikäisenä niin halutessaan (Laki hedelmöityshoidosta). Oikeus on yksipuolinen, sillä lahjoittajalla itsellään ei ole vastavuoroista oikeutta lapsen henkilötietojen selvittämiseen myöhemmässä vaiheessa. Lain silmissä lapsi-vanhemmuus – suhde on selvä, eettisten pohdintojen äärellä tilanne ei aina ole yhtä selkeä.

Sijaissynnyttäjien käyttö on ollut Suomessa kiellettyä hedelmöityshoitolain voimaan tulon jälkeen. Ennen tätä Suomessa on syntynyt muutamia lapsia sijaissynnyttäjiä hyödyntämällä. Nykyisin sijaissynnyttäjiä käyttämällä voitaisiin hoitaa monia lapsettomia pareja. Tämä aiheuttaisi kuitenkin monia ongelmia, esimerkiksi vanhemmuuden määrittelyssä sekä sijaissynnyttäjän oman kehon määräysvallan suhteen. (Huupponen, 2014)

2.1 Lapsettomuuteen johtavat syyt

Lapsettomuus koskettaa aina pariskuntaa ja hedelmättömyyden syy on aina selvitettävä ennen hoitojen aloittamista. Syy lapsettomuuteen löytyy 25 prosentissa tapauksista miehestä, 25 prosentissa naisesta ja 25 prosentissa sekä miehestä, että naisesta. Neljäsosassa tapauksista lapsettomuuden syy jää epäselväksi. (Morin-Papunen & Koivunen, 2012, 1478) Yleisimpiä syitä lapsettomuuteen ovat munasolun irtoamishäiriöt (20–30 prosenttia) ja sperman heikko laatu (20–30 prosenttia) sekä munajohdinvauriot (10–20 prosenttia) ja endometrioosi (10–20 prosenttia). Yksi selitys lapsettomuuden yleistymiselle on lasten hankintaiän siirtäminen myöhäisemmäksi. Naisen hedelmällisyys laskee iän myötä radikaalisti. Miehen iällä ei hedelmällisyyteen ole yhtä selkeää yhteyttä. (Väestöliitto, viitattu 18.8.2016)

Ylipaino on yksi kansanterveyden suurimpia riskitekijöitä. Lihavuus on myös lapsettomuutta lisäävä tekijä. Ylipaino, painoindeksin ollessa vähintään 30kg/m², vähentää hedelmöityksen todennäköisyyttä myös hedelmöityshoitojen aikana sekä lisää jo alkaneen raskauden keskenmenon riskiä. Vain viiden prosentin painonlaskulla näyttäisi olevan suotuisia vaikutuksia hedelmällisyyden kannalta. Suomessa ei ole määritelty painorajoja hedelmöityshoitoihin, mutta yleisesti hoitoja ei aloiteta, mikäli painoindeksi on yli 35kg/m². (Morin-Papunen & Koivunen, 2012, 1481)

2.2 Naisen hedelmättömyys

Naisella tavallisimpia syitä lapsettomuuteen ovat ovulaatioon liittyvät syyt (18–32 prosenttia). Lihavuus ja PCO-syndrooma, eli munasarjojen monirakkulaoireyhtymä, ovat yleisimmät syyt ovulaatiohäiriöiden taustalla. Munajohdinvaurio todetaan noin joka viidennellä hedelmättömyystutkimuksiin tulevilta naisilta. Vaurio munajohtimissa voi aiheutua sairastetusta sisäsynnytintulehduksesta, pikkulantion alueen leikkauksista tai endometrioosista, jossa kohdun limakalvoa kasvaa pesäkkeinä, esimerkiksi munasarjoissa. Endometrioosi on selittävänä tekijänä 6-20 prosentissa naisen hedelmättömyyttä tutkittaessa. Kohdun rakenneviat, esimerkiksi hyvälaatuiset

kasvaimet eli myoomat ja polyypit eli pullistumat epiteelissä, voivat haitata raskauden alkamista ja kulkua. Myös kaavintojen aiheuttamat kiinnikkeet voi hankaloittaa raskauden alkamista. (Ketonen, 2012, 613-614)

2.3 Miehen hedelmättömyys

Miehestä johtuvat tekijät selittävät yksinään tai yhdessä naisesta johtuvien tekijöiden kanssa noin puolet tapauksista, joissa hedelmöitymisessä on ongelmia ja jopa neljäsosalla lapsettomuushoitoihin hakeutuneista miehistä todetaan atsoospermia eli täydellinen siittiökato. Kun miehen siemennesteessä todetaan jotakin poikkeavaa, tulee asian suhteen tehdä lisäselvityksiä. Miehen terveyden ja syntyvän lapsen kannalta huolellinen tutkiminen on tärkeää. (Kaukoranta & Suikkari, 2012, 2065) Miehen lapsettomuuden taustalla on yleisimmin siittiöiden vähäinen määrä, fertilisaatiohäiriö eli siittiöiden huono liikkuvuus tai siittiöiden ongelmat munasolun läpäisyyssä. (Ketonen, 2012, 614)

Miehen ikä vaikuttaa siemennesteeseen, joskaan ei yleensä yhtä aikaisessa vaiheessa kuin naisilla. Ikääntymisen myötä siemennesteen tilavuus pienenee ja siittiöiden liikkuvuus ja rakenne heikkenevät. Suomalaisten miesten sperma on pysynyt paremman laatuksena kuin monien muiden eurooppalaisten. Nykyisin nuorten miesten siemennesteen laatu on kuitenkin heikompaa kuin vanhempien miesten. Äidin tupakointi raskausaikana vaikuttaa syntyvän pojan sperman laatuun heikentävästi ja ympäristömyrkyt teollistuneissa maissa aiheuttavat muutoksia siemennesteessä. (Kaukoranta & Suikkari, 2012, 2065) Usein miehillä, joilla siemennesteen laatu on heikentynyt, todetaan testosteronipitoisuuden olevan pienentynyt tai raja-arvoinen (Kaukoranta & Suikkari, 2012, 2065).

Miehen lapsettomuutta selittäviä tekijöitä ovat kiveskohjut, siemenjohtimien puuttuminen ja lisäkivesten tai siemenjohtimien tukkeutuminen (Koskimies, 2000, 1955). Nykyisin piilokivisyys on harvoin lapsettomuuden syynä, koska laskeutumattomat kivekset havaitaan ja hoidetaan jo lapsena. Siittiökatoon voi olla syynä myös siittiövasta-aineiden muodostus. Muita miehen infertiliteetin riskitekijöitä ovat perussairaudet, runsas alkoholin käyttö ja tupakointi sekä

joidenkin lääkkeiden, kuten salazopyriinin tai kalsiumsalpaajien, käyttö. (Ketonen, 2012, 614) Hedelmättömillä miehillä on muita useammin kromosomi- tai geenimutaatioita, kuten esimerkiksi Klienefelterin tai Kartagenerin oireyhtymä (Koskimies, 2000, 1955)

Jopa puolessa tapauksista siemennesteen huonon laadun syy jää epäselväksi. (Kaukoranta & Suikkari, 2012, 2066) Nykyisillä menetelmillä, kuten kivesbiopsi-alla tai kiveskirurgialla, voidaan kuitenkin saada miehen omia sukusoluja käytettäväksi hedelmöityshoidoissa.

3 LAPSETTOMUUDEN VAIKUTUS NAISTEN TUNNE-ELÄMÄÄN

Puolelle lasta toivovista naisista lapsettomuus on kriisi. Osa pareista kokee lapsettomuushoidot rankoiksi ja omat rajat rikkoviksi. Jopa 20-30 prosentilla lapsettomista naisista esiintyy masennusta ja itsetuhoisia ajatuksia lapsettomuushoitojen aikana. On tärkeää ymmärtää, mitä lapsettomuus sisäisenä kokemuksena voi naiselle merkitä. (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4115).

Lapsettomuus voi olla naisen elämän ensimmäinen kriisi. Jos nainen on kokenut elämänsä aikana menetyksiä ja pettymyksiä, lapsettomuuden kohdatessa aiemmat menetykset kertautuvat mielessä ja nykytilanne hahmotetaan aikaisempien vaiheiden kautta. Kokemuksen muodostumiseen vaikuttaa myös naisen minäkuva, sukulaisten ja ystävien suhtautuminen ja se, minkä merkityksen nainen ja mies antavat biologiselle lapselle sukupolvien ketjussa. Naiselle joka on lapsesta asti toivonut tulevansa vanhemmaksi, on lapsettomuuden kokemus erilainen, kuin naiselle, jolle lapset ja perhe ei ole ollut niin merkittävä päämäärä elämässä. (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4116).

Lapsettomuus on hyvin yksityinen ja intiimi asia. Siitä ei ole helppo puhua ulkopuolisille ja parin onkin yhdessä mietittävä kenelle haluavat asiasta kertoa. Jos asiasta ei kerrota, ulkopuoliset voivat luulla, ettei pariskunta halua lapsia. Myös ystävien ja läheisten ajattelemattomat kommentit voivat lisätä paineita varsinkin hoitojen alkuvaiheessa. Osa pariskunnista taas kokee helpompana olla avoin lapsettomuusasioissa. (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4116).

Naiset kokevat miehiä enemmän negatiivisia tunteita lapsettomuudesta. Naisen keho myös muistuttaa fyysisesti joka kuukausi lapsettomuudesta kuukautisten muodossa. Korkea ikä ja yrityksen pitkä kesto tuovat lisäpaineita raskautumisen yrittämiseen. Jos lapsettomuudelle ei löydy selvää syytä, se koetaan rankemmaksi, kuin jos lapsettomuudelle olisi syy. Lapsettomuus aiheuttaa surun, menetyksen ja luopumisen tunteita. Luopuminen ei ole vapaaehtoista. Surutyön

tekeminen voi olla vaikeaa siitä syystä, että surulle ei ole mitään näkyvää kohdetta. Nainen joutuu tekemään myös surutyötä raskauden, synnytyksen ja imetyksen luopumisesta. Nainen voi kokea jäävänsä lapsiperhe-elämän ulkopuolelle. Menetyksen tunne ylittyy tämän elämän ulkopuolelle, surraan omien vanhempien jäämistä vaille lapsenlapsia ja myös omaa tulevaa lapsenlapsettomuutta. (Toivanen, Vilksa & Tulppala 2004, 4117).

Lapsettomuus aiheuttaa myös avuttomuuden tunteita, joita usein yritetään hallita kontrolloimalla esimerkiksi omia ja puolison elintapoja, jotta raskauden alkaminen olisi todennäköisempää. Joskus rajoitukset voivat olla hyvin vaativia ja elämää kapeuttavia. Lapsettomuus aiheuttaa usein häpeän, kyvyttömyyden ja huonommuuden tunteita. Lapsettomuuden pitkittyessä mukaan voi tulla katkeruuden, kiukun ja kateuden tunteita. Hoitojakson ja kuukauden vaiheesta riippuen, nainen voi tuntea toivoa tai toivottomuutta. Lapsettomuus voi tuntua myös rangaistukselta, jolloin päällimmäisenä tunteena on syyllisyys. Syyllisyyden tunne voi nousta jostakin aiemmasta tehdystä tai tekemättä jättämisestä, esimerkiksi kauan sitten tehdystä raskauden keskeytyksestä. Itselleen voi olla vaikeaa antaa anteeksi, mikäli on siirtänyt lasten hankkimista myöhemmään ajankohtaan. (Toivanen, Vilksa & Tulppala 2004, 4117).

3.1 Lapsettomuuden vaikutus parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen

Jokaisessa parisuhteessa on kriisejä ilman lapsettomuuttakin. Lapsettomuus voi nostaa parisuhteessa vanhat kiistat esiin ja aiheuttaa uusia. Pariskunnalla voi olla tunne erilleen ajautumisesta joka voi olla seurausta puhumattomuuden tai puhumisen pelosta. Monet kokevat syyllisyyttä, mikäli eivät pysty antamaan puolisolleen lasta. Jotkut voivat kehottaa puolisoa hankkimaan uuden parisuhteen, jossa voisi saada lapsen. Uusioperheiden entisistä liitoista syntyneet lapset voivat muistuttaa toista osapuolta kipeästi puolison hedelmällisyydestä. Lapsettomuus voi myös lähentää paria surun ja toivon kautta. Tutkimusten mukaan 30–40 prosentilla lapsettomuus lähensi ja lujitti parisuhdetta. Parisuhde voi kehittyä eteenpäin ja sitouttaa puolisoita lujemmin yhteen. (Toivanen, Vilksa & Tulppala 2004, 4117)

Lapsettomuuden kielteiset tunteet heijastuvat helposti myös makuuhuoneen puolelle. Spontaani seksielämä vaikeutuu, kun yhdynnöistä tulee suorituskeskeisiä ja aikataulutettuja. Arvioiden mukaan noin 10 prosenttia lapsettomuushoidoissa olevista miehistä kärsii erektio-ongelmista naisen kuukautiskierron puolella välissä. Hoitojen pitkittyminen lisää molemmilla osapuolilla seksuaalista tyytymättömyyttä. (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4118)

4 LAPSETTOMUUDEN HOITOKEINOJA

Lapsettomuushoidot suunnitellaan jokaiselle parille henkilökohtaisesti tutkimustulosten sekä lapsettomuuden syyn ja keston perusteella. Ennen hoitojen aloittamista parille pyritään antamaan mahdollisimman realistinen kuva raskauden alkamisen todennäköisyydestä ilman hoitoja. Mikäli fertiliteettiin negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä paljastuu alkututkimusten aikana, tulee hedelmällisyyttä edistäviin toimiin kannustaa. Foolihappolisän käyttö ohjataan kaikille naisille. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011)

Tutkittaessa lapsettomuutta, toteutetaan kiireettömän hoidon perustetta. Perustutkimukset tehdään, kun raskautta on yritetty vuosi. Mikäli hedelmättömyyteen on ennalta tiedossa oleva syy, esimerkiksi endometrioosi, on tutkimuksiin ja hoitoihin syytä hakeutua jo aiemmin. Naisen, jolla on kuukautishäiriöitä tai ikää yli 35 vuotta, ei myöskään kannata jäädä odottelemaan tutkimuksiin hakeutumista. Hoitoihin tulisi hakeutua viipymättä myös silloin, kun lasta yrittävän pariskunnan miehellä on todettu hoitamaton tai hoidettu piilokives tai sukuelintrauma. Tutkimusten tarkoituksena on selvittää, onko raskaus mahdollinen ilman apuja. Joitakin ensivaiheen tutkimuksia voidaan tehdä perusterveydenhuollossa, mutta pääsääntöisesti hedelmättömyystutkimukset tehdään yksityisillä lapsettomuusklinikoilla tai erikoissairaanhoidossa. (Morin-Papunen & Koivunen, 2012, 1484)

Lapsettomuustutkimukset aloitetaan huolellisen anamneesin teolla. Pariskuntaa olisi hyvä pystyä haastattelemaan sekä yhdessä että erikseen. Terveystilan ja elintapojen lisäksi kartoitetaan parisuhteen ja sukupuolielämän kesto sekä yhdyntöjen tiheys. Mikäli elintavoissa tulee esiin selkeästi hedelmättömyyttä alentavia tekijöitä, esimerkiksi päihteiden väärinkäyttöä tai painonhallintaongelmia, tulee hoitoihin hakeutuneille antaa kattavasti tietoa elintapojen vaikutuksista hedelmällisyyteen. (Nuojuu-Huttunen & Anttila, 2009, 367-373)

Alkuvaiheen tutkimuksiin kuuluu myös kliininen tutkimus, eli pituuden, painon, vyötärönympäryksen sekä verenpaineen mittaaminen. Lisäksi pariskunnalle tehdään gynekologinen tai androloginen tutkimus, jolloin tulisi kiinnittää huomiota myös endokrinologisesta häiriöstä kieliviin sekundaarisiin sukupuoliominaisuuksiin, esimerkiksi poikkeavaan karvoitukseen. Naiselta otetaan aina papa-näyte kohdunkaulakanavan tulehdusten poissulkemiseksi, sekä molemmilta pariskunnan osapuolilta alkuvirtsanäyte klamydian ja tippurin poissulkemiseksi. (Nuojuu-Huttunen & Anttila, 2009, 367-373)

4.1 Tutkimukset naiselle

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut ohjeistuksen lapsettomuustutkimuksiin tulevan naisen perustutkimuksista. Perusterveydenhuollossa tehtäviä vähimmäistutkimuksia ovat anemian poissulku, kilpirauhasarvo TSH:n ja prolaktiinin määritykset. Mikäli hedelmällisyystutkimuksiin tulevalla naisella on subkliininen hypotyreoosi, on lääkityksen aloittaminen aiheellista, koska kilpirauhasen toimintahäiriöt voivat häiritä munasolun kypsymistä ja ovulaatioita. Prolaktiinihormonin erityshäiriöt ovat yleisin yksittäinen syy kuukautishäiriöille. (Nuojuu-Huttunen & Anttila, 2009, 367-373)

Naiselle tehdään myös gynekologinen kaikututkimus munasarjojen toiminnan selvittämiseen sekä munatorvien aukiolon tutkimiseen eli hysterosalpingosonografia (HSSG). Tutkimuksessa kohtuonteloon ruiskutetaan keittosuolan ja ilman seosta sekä tarkastellaan ilmakuplien kulkemista munatorvien läpi. Lisäksi ultraäänitutkimuksella kartoitetaan mahdolliset rakenteelliset poikkeavuudet. Poikkeavat löydökset voidaan tarvittaessa hoitaa laparoskooppisesti tai hysteroskopialla. (Nuojuu-Huttunen & Anttila, 2009, 367-373)

Säännöllistä kuukautiskiertoa pidetään hyvinkin varmana merkinä ovulaatiosta, mutta hedelmällisyystutkimuksiin tulevalta on kuitenkin syytä todeta ovulaatio lisätutkimuksin. Aiemmin ovulaatioita testattiin peruslämmön mittaamisella. Nykyisin tästä on luovuttu ja ovulaatio todetaan joko määrittämällä lutesinoivan hormonin (LH) huippuarvo ennen ovulaatiota virtanäytteellä tai mittamaalla

progesteronitaso verestä ovulaation jälkeen kuukautiskierron keskiluteaalivaiheessa eli noin viikkoa ennen oletetun vuodon alkamista. Ovulaatio voidaan todeta myös kaikututkimuksella. (Nuojuu-Huttunen & Anttila, 2009, 367-373)

Naisilta, joilla on kuukautiskierron häiriötä, tulee määrittää veren LH- ja FSH-pitoisuudet. Näytteet tulee ottaa spontaanin vuodon jälkeen tai mikäli vuotoja ei ole, amenorrean aikaan. Yksittäinen FSH-arvo on kuitenkin melko epätarkka, joten uusia mittareita etsitään jatkuvasti, esimerkiksi inhibiini-B ja anti-müllerian hormoni, mutta nämä eivät ole vielä vakiintuneet potilastyöhön. (Nuojuu-Huttunen & Anttila, 2009, 367-373)

Leikkaushoitoja tehdään, mikäli naisella todetaan nestetäyteinen tai vaurioitunut munatorvi, tiettyjä munasarjamuutoksia, suuria myoomia tai kohtuvikoja. Myös laajalle levinneen endometrioosin sekä suurien endometrioomien leikkaushoito voi olla aiheellista. Leikkaukset tehdään usein laparoskooppisesti tai kohtuonteloa leikattaessa hysteroskopian avulla. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011)

4.2 Tutkimukset miehelle

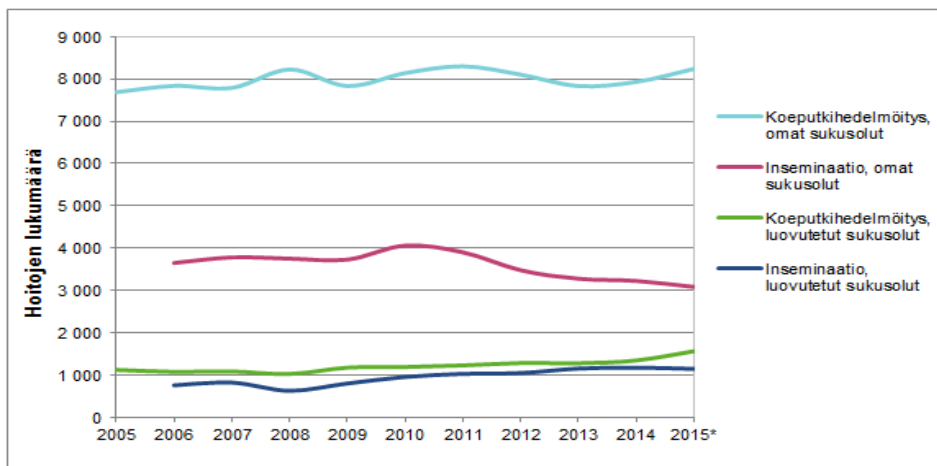
Miehen perustutkimus hedelmättömyyttä selvittäessä on sperma-analyysi. Näyte tulee antaa 2-5vrk viimeisimmän siemensyöksyn jälkeen masturbaatiolla erityisesti tätä varten suunniteltuun näyteastiaan. Mikäli siemenneste todetaan normaaliksi, ei Suomessa käytettävien protokollien mukaan lisätutkimuksia miehelle tarvita. (Nuojuu-Huttunen & Anttila, 2009, 367-373) Euroopan urologiyhdistyksen mukaan pelkkä sperma-analyysi ei kuitenkaan aina ole riittävä. Sperman DNA-tutkimukset antaisivat enemmän tietoa siittiöiden kromatiinirakenteen määrittämiseksi, jolloin saadaan parempi ennuste spontaanin raskauden mahdollisuudesta. (Jungwirth ym. 2012. 324-332)

Miehen atsoospermian, eli täydellinen siittiöiden puuttumisen, merkitys fertiliteetille on ainut selkeä sperma-analyysin tulos. Muissa tapauksissa ennusteiden tekemisessä tulee olla varovainen, sillä niiden merkitys on relatiivinen. Poikkeava sperma-analyysi tulisi aina kontrolloida noin 2-3

kuukauden kuluttua, sillä hedelmällisten miesten sperman laatu vaihtelee päivittäin. (Nuojuu-Huttunen & Anttila, 2009, 367-373)

Atsoospermia ja oligotsoospermia vaativat aina lisäselvittelyitä. Mikäli sperma-analyysin poikkeava tulos ei selviä miehen kliinisistä tai anamnestista esitiedoista, tulee tehdä hormonaalisia ja geneettisiä jatkotutkimuksia. Mieheeltä määritellään LH-, FSH- ja testosteronitasot. Geneettisiin tutkimuksiin kuuluu kromosomitutkimukset. Lisäksi voidaan tehdä kiveksen kaikututkimus rakenteellisten poikkeavuuksien selvittämiseksi. (Nuojuu-Huttunen & Anttila, 2009, 367-373) Tavallisin atsoospermian syy on testosteronien tai anabolisten steroidien käyttö. Mikäli atsoospermia on näiden aiheuttamaa, se yleensä korjaantuu nopeasti käytön lopettamisen jälkeen. Mikäli atsoospermia tai oligotsoospermia johtuu muista syistä, on hoitona yleisimmin antiestrogeenit. (Morin-Papunen & Koivunen. 2012,1568)

Miehestä johtuvaan lapsettomuuteen on melko harvoin tarjolla suoraan syyhyn kohdistettua hoitoa. Tähän tulisi kuitenkin aina pyrkiä. (Kaukoranta & Suikkari, 2012, 2071) Hedelmöityshoidot toteutetaan aina lapsettomuushoitoihin hakeutuneelle parille yksilöllisesti räätälöitynä. Hoitomenetelmät tulee valita hedelmättömyyden syyn mukaan. Kuviossa 4. on esillä toteutetut hedelmöityshoidot eriteltyinä vuosilta 2005-2015.



KUVIO 4. Hedelmöityshoidot 2005–2015 (Gissler & Heino 2016) Sperman- ja alkionluovutukset 2001 alkaen, inseminaatiot 2006 alkaen

4.3 Ovulaation induktio

Ovulaatioinduktioon tavallisimmin käytettävä lääkitys on klomifeenisitraatti, jota voidaan käyttää, mikäli seerumin prolaktiini- ja gonadotropiinitasot ovat normaalit. Gonadotropiinitasojen ollessa koholla ovulaation puuttuminen johtuu munasajoista, eikä klomifeenisitraattilla ole tällöin tehoa. Klomifeenihoito aloitetaan pienin ja nousevin annoksin. Vastetta tulee seurata kaikutukimuksen avulla kehittyvän munarakkuloiden määrän ja kohdun limakalvon paksuuntumisen toteamiseksi. Hoitoa voidaan jatkaa maksimissaan 4-6 kuukautta. Klomifeenihoidolla ovulaatio saadaan aikaiseksi 60–70 prosentilla ja raskaus 40–50 prosentilla. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011)

4.4 Inseminaatio

Inseminaatiolla tarkoitetaan keinosiemennystä, joka tavallisesti tehdään suoraan kohtuonteloon. Toimenpiteessä erotellut ja pestyt siittiöt ruiskutetaan ohuella muovikatetrilla kohtuonteloon. Inseminaatio tehdään ajoitettusti ovulaation aikana. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011)

Inseminaation indikaatiota ovat erilaiset siemennesteviat, hypospermia, oligotsoospermia, astenotsoospermia, teratotsoospermia sekä siittiöiden vasta-aineet. Lisäksi inseminaatiohoitoa käytetään selvittämättömän lapsettomuuden hoidossa sekä impotenssin, vaginismen, hypospanian ja retrogradisen ejakulaation tai anejakulaation hoidossa. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011)

Onnistumistulos inseminaatiossa riippuu lähinnä siemennesteen laadusta. Luovutettuja siittiöitä käytetään, mikäli miehellä on hoitoresistenssi atsoospermia tai vaikea oligoastenotsoospermia. Oma siemennestettä käytettäessä onnistumisprosentiksi arvioidaan 5-10 prosenttia kiertoa kohti luonnollisen kierron aikana ja 10–20 prosenttia mikäli inseminaatio on yhdistetty ovulaatioinduktioon. Luovutettua siemennestettä käytettäessä tulokset ovat parempia ja riippuvat lähinnä naisen iästä. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011) Alla olevassa kaaviossa on esitettynä inseminaatiohoidot ja onnistumisprosentit vuonna 2014.

	Puolison siemenneste	Luovutettu siemenneste	Yhteensä
Hoitoja	3 226	1 176	4 402
Raskauksia	367	187	554
Synnytyksiä	278	150	428
Monisikiöisiä synnytyksiä	18	8	26

KUVIO 5. Inseminaatiohoidot (IUI) vuonna 2014 (Gissler & Heino 2016)

4.5 Koeputkihedelmöitys IVF ja mikrohedelmöitys ICSI

Koeputkihedelmöityksellä, eli in vitro –fertilisaatio, IVF-hoidoilla, hoidetaan enimmäkseen endometrioosista ja selittämättömästä lapsettomuudesta kärsiviä pareja, mutta sitä voidaan tehokkaasti käyttää kaikissa lapsettomuusongelmissa. IVF-hoidoissa käytetään hormonilääkitystä, jolloin saadaan useita munasoluja kypsyään samanaikaisesti. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011) Munasarjojen stimulaatio toteutetaan estämällä aivolisäkkeen endogeeninen gonadotropiinin erityys GnRH-agonistilla. Tämän jälkeen munasarjoja stimuloidaan pistoksina annetulla gonadotropiineilla. Hoitoja voidaan toteuttaa myös luonnollisen kierron aikana, jolloin kerätyt munasolut kypsytetään laboratoriossa (in vitro –maturaatio). (Morin-Papunen & Koivunen 2012, 1572)

Munarakkuloiden kehittymistä seurataan kaikututkimuksilla. Suurimpien munarakkuloiden ollessa läpimitaltaan noin 17mm, annetaan hCG-pistos, joka laukaisee munasolujen lopullisen kypsymisen. Munasolujen keräys tapahtuu 36 tuntia pistoksen jälkeen. Toimenpiteen kipulääkitys annostellaan suun kautta, suonensisäisesti tai paikallisesti (paraservikaalipuudutus). (Morin-Papunen & Koivunen 2012, 1572)

Keräämisen jälkeen munarakkulanesteestä etsitään munasolut, jotka siirretään viljelymaljalle. Hedelmöittäminen tapahtuu joko IVF- tai ICSI-periaatteella. ICSI-

menetelmää käytettäessä pestystä spermanäytteestä poimitaan yksittäinen siittiö, joka viedään munasolun sisään ohuen neulan ja mikroskoopin avulla (Väestöliitto, viitattu 17.9.2016). Vuorokauden kuluttua keräyksestä tarkastetaan, montako munasolua on hedelmöittynyt ja kahden vuorokauden kuluttua nähdään alkiot, jotka ovat jatkaneet jakautumistaan ja muodostaneet nelisoluisia alkioita. Kohtuun siirretään maksimissaan kaksi alkioita ohuen katetrin avulla ja nainen saa keltarauhasvaiheen tukihoitona luonnollista progesteronia 400-800 mg/vrk emättimeen annosteltuna. (Morin-Papunen & Koivunen 2012, 1572)

4.6 Riskit

Koeputkihedelmöitysten riskit vaihtelevat lievistä henkeä uhkaaviin. Suomessa komplikaatioista on pidetty rekisteriä vuodesta 1992 lähtien. Kuoleman tapauksia on raportoitu kaksi (vuosina -92–14). Vaikka koeputkihedelmöityksen komplikaatiot ovatkin melko harvinaisia, komplikaatoriski on 1,5-8,3 prosenttia, on mahdolliset ongelmat syytä tuntea hyvin. Vaikeimmillaan komplikaatiot voivat heikentää hedelmällisyyttä entisestään tai hyvin harvinaisissa tapauksissa olla henkeä uhkaavia. (Jokimaa, 2006 434)

Munasarjojen hyperstimulaatio-oireyhtymä (OHSS) on koeputkihedelmöitysten pelätyin komplikaatio. Häiriössä vaste gonadotropiinistimulaatioon on liian voimakas, jonka seurauksena munasarjat suurenevat huomattavasti, nestettä siirtyy suonten ulkopuolelle ja syntyy askitesta. Etiologia on edelleen osittain tuntematon. Hoitona hyperstimulaatioon on lepo, runsas juominen ja kipulääkitys sekä painon tarkkailu. Vaikeimmissa tapauksissa potilas hoidetaan sairaalassa, ja askitesta voidaan joutua poistamaan vatsa- tai pleuraontelosta. (Morin-Papunen & Koivunen 2012, 1574)

Munasolujen keräykseen liittyy pienempi, noin 0,5 prosentin, komplikaatoriski. Yleisimpiä komplikaatioita ovat infektiot sekä verenvuodot. Infektion toteaminen voi olla haasteellista sen hitaan kehittymisen vuoksi. (Jokimaa 2006, 435-437) Lapsettomuushoidoilla alkunsa saaneista raskauksista keskenmenoon päätyy 17–20 prosenttia, kun ilman hoitoa alkaneissa vastaava osuus on 10–15

prosenttia. Myös kohdunulkoisia raskauksia esiintyy hieman tavanomaista enemmän (2-4 prosenttia). (Jokimaa 2006, 439)

5 POTILASOHJAUS LAPSETTOMUUSHOITOJEN YHTEYDESSÄ

Potilasohjaus on aktiivista, tavoitteellista, dynaamista ja koko hoitotapahtuman jatkuva prosessi. Laadukas potilasohjaus vaatii työntekijältä tietoa ja taitoa. Potilasohjaus toteutuu vuorovaikutuksessa ohjaajan ja potilaan välillä, joten siihen vaikuttavat niin ohjattavan kuin ohjaajan kontekstit, ihmiskäsitykset ja toiminnan aktiivisuus sekä tavoitteellisuus. Laadukkaasta ohjaamisesta seuraa oppimista, voimaantumista, itseohjautuvuutta sekä toimenpiteisiin liittyen pelon ja ahdistuksen vähenemistä. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 10-11, 24-30)

Laki potilaan asemasta ja oikeudesta velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilökuntaa potilasohjaukseen. Lain mukaan potilaalla on oikeus saada selvitys terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja eri hoitovaihtoehtoista siten, että potilas ymmärtää selvityksen sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 5 §)

Ohjaustapahtumia voidaan toteuttaa suullisesti yksilö- tai ryhmäohjauksena. Hedelmöityshoitojen yhteydessä ohjaaminen on usein näiden kahden menetelmän yhdistelmä, sillä ohjausta annetaan yleensä pariskunnalle. Ohjaaminen toteutuu potilaiden yksilöllisyyttä kunnioittaen. Potilaille annetaan myös kirjalliset hoito-ohjeet, jotka hoitohenkilökunnan olisi aina syytä käydä läpi yhdessä potilaan kanssa. Kirjallisen materiaalin tulisi olla selkeää ja helposti ymmärrettävässä muodossa. Usein potilaat eivät ehdi sisäistää kaikkea kuulemaansa ohjaustapahtuman aikana ja kirjalliset ohjeet antavat potilaalle mahdollisuuden palata asiaan myöhemmin uudelleen. (Hentinen & Kyngäs. 2009, 110-115)

Hedelmöityshoitojen potilasohjaukseen liittyy tutkimuksiin ja toimenpiteisiin valmistautumisen sekä lääkehoidon toteuttamisen ohjauksen lisäksi, voimakkaasti myös elintapaohjaus. Potilaiden motivoiminen elintapamuutoksien,

kuten ylipainon vähentämisen tai tupakoinnin lopettamisen, suhteen on eriarvoisen tärkeää hoidon onnistumisen kannalta.

Katariina Saarelan tutkimuksessa *Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana*, tutkittiin kirurgisen potilaan ohjaamista. Ohjauksessa pääpaino oli laitettu potilaan kokonaisvaltaiseen voimavaraistamiseen. Tämä tarkoittaa, että turvataan potilaan konkreettiset, henkiset, sosiaaliset ja tiedolliset voimavarat. Konkreettisia voimavaroja turvataan muun muassa leikkaukseen valmistamisella, hoitoajan lyhentymisellä ja kuntoutumista tukemalla. Henkisiä voimavaroja taas voidaan turvata esimerkiksi turvallisella luottamussuhteella potilaan ja hoitohenkilökunnan välille. Sosiaaliset voimavarat voidaan turvata mahdollistamalla yhteydenotto hoitavaan tahoon, esimerkiksi puhelimitse tai sähköpostilla. (Saarela K. 2013, 28-31)

Edellä kuvattua voimavaraistavaa ohjausta voi hyvin käyttää myös lapsettomuushoitojen ohjauksessa. Konkreettisen informaation lisäksi, on tärkeää, että pariskunnan voimavaroihin kiinnitetään huomiota ja tuetaan pariskuntaa etsimään uusia positiivisia voimia tuovia asioita elämäänsä.

Lapsettomien pariskuntien saamaa ohjausta on tutkinut myös Maninder Ahuja, Intian kaupungin Faribadin obstetrisen ja gynekologisen yhdistyksen puheenjohtajan tutkimuksessaan *Counseling in infertility*. Tutkimuksessa todettiin, että lapsettomuus ja niihin liittyvät hoidot ovat henkisesti raskaita ja nostavat riskiä sairastua mielenterveyden häiriöihin. Näin ollen ohjauspalveluille on tarvetta. Ohjaus voi olla keskustelua ja tukemista raskaassa elämänvaiheessa tai psykologisia palveluita. Lapsettomuusohjauksessa käsitellään pääasiallisesti lapsettomuushoitoja ja niiden tuloksia. Ohjauksen tarkoituksena on saada potilaat miettimään ja ymmärtämään eri hoitovaihtoehtoja ja niiden lyhyt- ja pitkäaikaisvaikutukset, etenkin mikäli käytetään lahjasoluja. (Ahuja M. 2009, 38-43)

Ohjausta tai psykologista tukea on annettava koko lapsettomuushoidon ajan ja tarvittaessa myös lapsettomuushoitojen päättymisen jälkeen. Terveystoimialan ammattilaisten on oltava tietoisia lapsettomuuden vaikutuksista naisten

elämään ja osattava olla hienotunteisia asioista keskusteltaessa. Ohjauksen tarkoitus on antaa tietoa pariskunnalle lapsettomuuden vaikutuksista henkiseen hyvinvointiin. Pariskuntien tulisi saada myös konkreettisia neuvoja asian käsittelyyn. (Ahuja M. 2009, 38-43)

Ahujan mukaan ohjausta antavan henkilökunnan on ymmärrettävä, että lapsettomuusohjaus on erilaista, kun muu lääketieteellinen ohjaus naistentautien saralla. Kehittäessä ohjauksen laatua on pohdittava, kuka on oikea ihminen antamaan ohjausta ja mikä ohjaajan koulutus tulisi olla? Pohdittavaksi jää myös miten yksilöllinen hoito ja lapsettomuusohjaus sisällytetään rutiininomaiseen potilaan hoitoon. (Ahuja M. 2009, 38-43)

6 MUNASOLUPUNKTION AIKAINEN LÄÄKEHOITO JA POTILASOHJAUS

Lapsettomuushoitojen alkututkimusten jälkeen tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma. Tällöin potilaat käyvät hoitajan vastaanotolla, jolloin jatkosuunnitelmat käydään yksityiskohtaisesti läpi. Hoitajan vastaanoton sisältö rakentuu pariskunnan tarpeiden mukaan. Hoitaja arvioi parin fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia valmiuksia sekä auttaa löytämään keinoja normaalin elämän tukemiseen. Väestöliiton Oulun klinikalla potilaat, yksin tai pariskuntana, ovat hoitotilanteissa rauhallisessa tilassa, joissa ei ole ulkopuolisia kuuntelemassa. Näin toimiessa pystytään takaamaan salassapitovelvollisuuden säilyminen ja potilaan on helpompi kysyä, häntä mietityttävistä asioista.

Kokonaishoidon perustana tulisi jo ensikäynnillä huomioida hyvän ja luotettavan hoitosuhteen syntymisen merkitys. Hoitajien vastaanottokäynneillä päätarkoitus on potilaiden hyvinvoinnin tukeminen. Yleensä tukea tarvitaan enemmän, mikäli hoidot eivät ole tuottaneet toivottua tulosta. Yksilöllisen tarpeen mukaan tukikäynnit voivat olla erillisiä keskustelukäyntejä tai osa muuta vastaanottokäyntiä. Tukemisella tarkoitetaan tiedon antamista sekä kykyä luoda potilaaseen suhde, jolla ohjataan häntä positiiviseen ajatteluun sekä yksilötasolla että pariskuntana. Tukea annetaan emotionaalisesti eli luomalla ystävällinen, turvallinen ja hyväksyvä ilmapiiri, rohkaisemalla ja etsimällä myönteisiä voimavaroja. Konkreettisesti potilaita tuetaan tietoa antamalla, neuvomalla hoitotarvikkeiden käytössä, lääkehoidon osaamista varmistamalla ja vertaistuesta informoimalla. Kriisin eri vaiheet otetaan huomioon potilaita ohjattaessa ja tuettaessa. (Moilanen, 2014)

Potilaita tuetaan myös puhelimitse. Potilaita kannustetaan ottamaan yhteyttä, milloin tahansa hoitoprosessin aikana, jolloin he kokevat kaipaavansa keskustelua mieltään painavien asioiden suhteen. Puhelinohjauksessa noudatetaan samoja ohjauksen periaatteita kuin vastaanotolla. (Moilanen, 2014)

Väestöliiton Oulun klinikalla munasolupunktioon tultaessa potilas vastaanotetaan noin puoli tuntia ennen toimenpidettä. Potilaan henkilöllisyys varmistetaan, samoin kuin kahden tunnin ravinnotta olo ja saattajan mukana oleminen. Tilat esitellään potilaalle ja mukana olevalle puolisolalle. Potilaalle avataan suoni yhteys ja tarvittaessa ennen toimenpidettä aloitetaan nesteytys. Esilääkkeinä käytetään yleensä parasetamolia 1g ja diklofenaakkia 100 mg tai ibuprofeinia 400-600 mg. Lisäksi käytössä on tarvittaessa diatsepaamia 5-10 mg. Toimenpiteen aikana seurataan potilaan vointia ja mahdollista kipua. Kipua lääkitään tarpeen mukaan Väestöliiton Oulun klinikan protokollan mukaisesti. (Moilanen, 2014)

Toimenpiteen jälkeen potilaan vointia seurataan tarkasti. Potilasta kannustetaan juomaan reilusti ja mikäli potilaan vointi on hyvä, voidaan tarjota pientä välipalaa. Potilaan mahdollista kipua ja pahoinvointia lääkitään tarpeen mukaisesti. Vuotoa seurataan ja tarvittaessa potilasta nesteytetään vielä toimenpiteen jälkeenkin suonensisäisesti. Kotiutuessa potilas saa kirjalliset kotihoito-ohjeet, jotka käydään hoitajan kanssa yhdessä läpi. Ohjeeseen merkitään suunniteltu alkionsiirtoaika sekä tukihoito. Myös raskaustestin ajankohta kirjoitetaan ylös potilaalle. (Moilanen, 2014)

7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata munasolupunktion kokeneiden naisten kokemuksia saamastaan lääkehoidosta ja sen toteutumisesta. Työelämän yhteistyökumppanimme toimi Väestöliiton Oulun klinikka ja tutkimuskohteenamme olivat heidän hoidossaan olleet naiset. Työn tavoitteena oli kerätä kokemusperäistä tietoa Väestöliiton käytössä olevan lääkehoidon toimivuudesta ja sen mahdollisista puutteista. Toisena tavoitteenamme oli saada tietoa potilaiden kokemuksista saamastaan ohjauksesta ja sen laadusta. Työmme tuloksia voidaan tällöin suoraan hyödyntää munasolupunktion lääkehoidon kehittämisessä sekä potilaan ohjauksessa.

Tutkimuskysymykset rakentuivat Väestöliiton toiveiden pohjalta seuraaviksi:

1. Millaisena naiset kuvaavat munasolupunktion ohjauksen?
2. Millaiseksi naiset kuvaavat munasolupunktion lääkehoidon?
3. Millaisia kokemuksia naisilla on munasolupunktioon liittyvään postoperatiivisesta kivusta ja sen hoidosta?

8 AIKATAULU, TYÖNJAKO JA KUSTANNUSARVIO

Sovimme aikataulusta Väestöliiton henkilökunnan kanssa seuraavasti:

Opinnäytetyön suunnitelma laadinta	kevät 2014
Opinnäytetyön tietoperustan laadinta	syksy 2014
Tutkimuslupahakemus	elokuu 2014
Aineiston keruu	lokakuu-joulukuu 2014
Aineiston analysointi	tammikuu 2015 ->
Työ valmis	kevät 2015

Kustannusarvio:

Opiskelijoiden työtunnit	780h x 10e =7800h 2opiskelijaa -> 15600e
Opettajien työtunnit	12h x 30e = 360e
Materiaalikustannukset	100e

9 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

9.1 Menetelmät

Ennen aineiston keräämistä oli valittava tutkimusmenetelmät, eli ne käytännöt ja tavat, joilla havainnot keräämme sekä aineiston tulkitsemme. Tutkimuksessa kuvaamme munasolupunktion kokeneiden naisten kokemuksia heidän saamastaan lääkehoidosta ja lääkehoidon ohjauksesta. Tarkoituksenamme oli etsiä kokemusperäistä tietoa, eli pyrimme siis henkilökohtaiseen ja subjektiiviseen tietoon. Tällöin kvalitatiivinen tutkimusote on luonnollinen valinta tutkimustyyppiä. (Janhonen, S. 2001, 84) Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tarkoituksena onkin kuvata todellista elämää tutkittavan kohteen kannalta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 1997, 161). Koska työssämme tutkimme ihmisten kokemuksia suoraan sellaisina kuin ne ovat, lähestymistapamme tutkittavaan ilmiöön on fenomenologinen. Fenomenologisella tutkimuksella tuotamme hyödyllistä tietoa myös hoitamaan oppimisesta. (Janhonen, S. 2001, 116, 121-122) Tällä tutkimusmenetelmällä saamme siis parhaiten kuvattua naisten tunneperäisiä kokemuksia.

9.2 Aineiston keruu

Tutkimusprosessimme vaiheet jäsentyivät tapaamisessamme Väestöliiton meille osoittamien ohjaajien kanssa. Sovimme työstävämme opinnäytetyön suunnitelman ja tietoperustan joulukuun 2014 mennessä. Tutkimusluvan saatuaamme tarkoituksenamme oli aloittaa aineiston keruu lokakuussa 2014 ja jatkaa joulukuun 2014 loppuun tai saturaatiomenetelmää käyttäen, kunnes samat asiat alkaisivat kertaantua aineistossa (Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 1997, 182). Aineiston keräämisen aloitimme kuitenkin vasta vuotta myöhemmin loppuvuodesta 2015.

Aineistoa keräsimme paperisilla kyselylomakkeilla (*liite 2*), jotka potilaat täyttivät alkionsiirtokäynnin yhteydessä. Kyselyssä oli sekä avoimia että monivalintakysymyksiä ja strukturoituja kysymyksiä. Kyselylomakkeet palautettiin suljetussa kirjekuoressa odotusaulassa olevaan palautuslaatikkoon. Tällä tavoin toimiessamme vastaajat pystyivät luottamaan siihen, ettei Väestöliiton henkilökunnalla ole mahdollisuutta lomakkeiden lukemiseen. Punktiokäynnin yhteydessä hoitajat mainitsivat tutkimuksesta, jolloin potilaat oletettavasti keskittyivät lääkehoidon tehokkuuden seuraamiseen paremmin. Kyselylomake täytettiin kuitenkin vasta alkionsiirron yhteydessä, jotta saimme kerättyä kokemuksia myös postoperatiivisen kivun hoidosta.

Päädyimme kyselytutkimukseen, koska sen avulla pystyimme keräämään riittävän kattavan, mutta samalla juuri kokemuksia kuvaavan, tutkimusaineiston. Kyselylomakkeen täyttö alkionsiirtokäynnin yhteydessä on vaivatonta vastaajille, jolloin tutkimukseen voidaan olettaa osallistuvan useita henkilöitä. Kyselylomakkeen käyttö on hyödyllistä myös sen aikaa säästävän ja jo olemassa olevien analysointitapojen takia. (Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 1997, 195).

10 AINEISTON ANALYYSI

Ennen varsinaista analysointia tulee tehdä esitöitä aineiston hyödyntämistä varten. Tietojen tarkistus on ensimmäinen vaihe aineiston keruun jälkeen. Tällöin tarkistimme, onko kerätyssä aineistossa virheellisyyksiä tai puuttuuko tietoja. Kyselylomakkeen hyödyntämiseksi on asetettava tietyt vähimmäisvaatimukset, jotka lomakkeen tulee täyttää. Mikäli joistain kyselylomakkeista puuttuu puolet vastauksista, ei sitä ole mielekasta käyttää tutkimustuloksia analysoitaessa. Kuitenkaan yhden tai kahden vastaukseen vastaamatta jättäminen ei ole syy hylätä lomaketta. Tällöin puuttuvat tiedot voidaan saada esimerkiksi käyttämällä täydennyksenä keskiarvotietoa. (Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 1997, 221-222). Mahdollisia suurempia puuttuvia tietoja voidaan myös täydentää uusilla haastatteluilla tai kyselyillä.

On hyvin yleistä, että laadullisen tutkimuksen aineistosta löytyy useita kiinnostavia asioita, joita ei etukäteen ole ollut tarkoitus tutkia. Tällaisessa tilanteessa tutkijan on tärkeää muistaa, ettei yhdessä tutkimuksessa ole mahdollista tarkastella lukemattomia ilmiöitä. Ennen tutkimuksen aloittamista on valittu tarkkaan rajattu ja kapea ilmiö, josta kerrotaan kaikki mitä aineistosta saadaan irti. (Tuomi, J. & Sarajärvi, S. 2009, 92).

Kun aineisto on tarkistettu, täytyy se järjestää tiedon tallentamista ja analyysiä varten. Aineisto litteroidaan eli kirjoitetaan auki sanallisesti. Litteroinnin tarkoituksena on jäsenellä sitä, mitä tutkijan mielestä aineistossa tutkitaan sekä toimia aineiston jäsenyyksen ja tekstin kuvailun testaus- ja apuvälineenä. (Tuomi, J. & Sarajärvi, S. 2009, 92) Litterointia hyödynnetään avoimien kysymysten vastauksia analysoitaessa.

Tämän jälkeen litteroidusta aineistosta erotellaan teemat, jotka määräytyvät tutkimuskysymyksen pohjalta. Näiden teemojen mukaan tutkimustulokset analysoidaan. Analysointi on tutkimuksen tärkein osa, jolloin tutkijan täytyy saada

lukija vakuutettua tutkimuksen annista eli tulosten tärkeydestä ja kiinnostavuudesta. (Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 1997, 268)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi aloitetaan redusoimalla eli tiivistämällä ja pilkkomalla vastauksia osiin. Tämän jälkeen alkuperäisaineisto käydään tarkasti läpi ja vastauksista etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä, eli kluseroidaan. Aineisto ryhmitellään siten, että samaa asiaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään luokiksi. Luokista erotellaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto, jonka perusteella voidaan muodostaa tutkimuksen teoreettinen käsitteistö. Erottelua eli abstrahointia jatketaan yhdistelemällä luokituksia, kunnes se ei aineiston näkökulmasta enää ole tarpeellista. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 105-119)

Ennen aineiston analysointia aloitimme kerätyn materiaalin läpi käymisen kartoittamalla palautettujen kyselylomakkeiden määrän. Kävimme kaikki palautetut kyselylomakkeet läpi ja tarkistimme, ettei joukossa ollut tyhjiä kohtia sisältäviä lomakkeita. Suunnitelmavaiheessa olimme sopineet, ettei vastausta hylätä, mikäli lomakkeesta puuttuu vain yksi tai kaksi vastausta. Tähän pohjautuen pystyimme hyödyntämään jokaisen palautetun kyselylomakkeen. Vastausten analysoinnin aloitimme kvantitatiivisten kysymysten analysoinnilla. Strukturoitujen kysymysten vastaukset taulukoimme paperille ja laskimme keskiarvot vastauksille mekaanisesti. Huolimattomuusvirheiden välttämiseksi laskimme tulokset kahteen kertaan. Menetelmä vei paljon aikaa, mutta tuntui meille luontevimmalta vaihtoehdolta.

Avoimien kysymysten analysoinnin aloitimme käymällä kysymykset kohta kohdalta läpi. Useimmat vastauksista oli hyvin tiivistettyjä alkujaan, joten varsinaista litterointia niille ei tarvinnut tehdä. Teemoittelimme vastaukset tutkimuskysymysten mukaan, erottelemalla vastauksista luokkia niistä löytyvien teemojen mukaan, joita olivat "ohjaus", "kipu" ja "lääkehoito". Tämän jälkeen kluseroimme vastaukset eli etsimme niistä yhteneväisyyksiä. Yhteneväisyyksiä lähdimme etsimään tyytyväisyyttä ilmaisevien ilmausten, kuten "laadukas" ja "tehokas" mukaan. Vastausten yhteneväisyyden vuoksi eroavat ilmaisut oli helppo poimia joukosta.

11 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

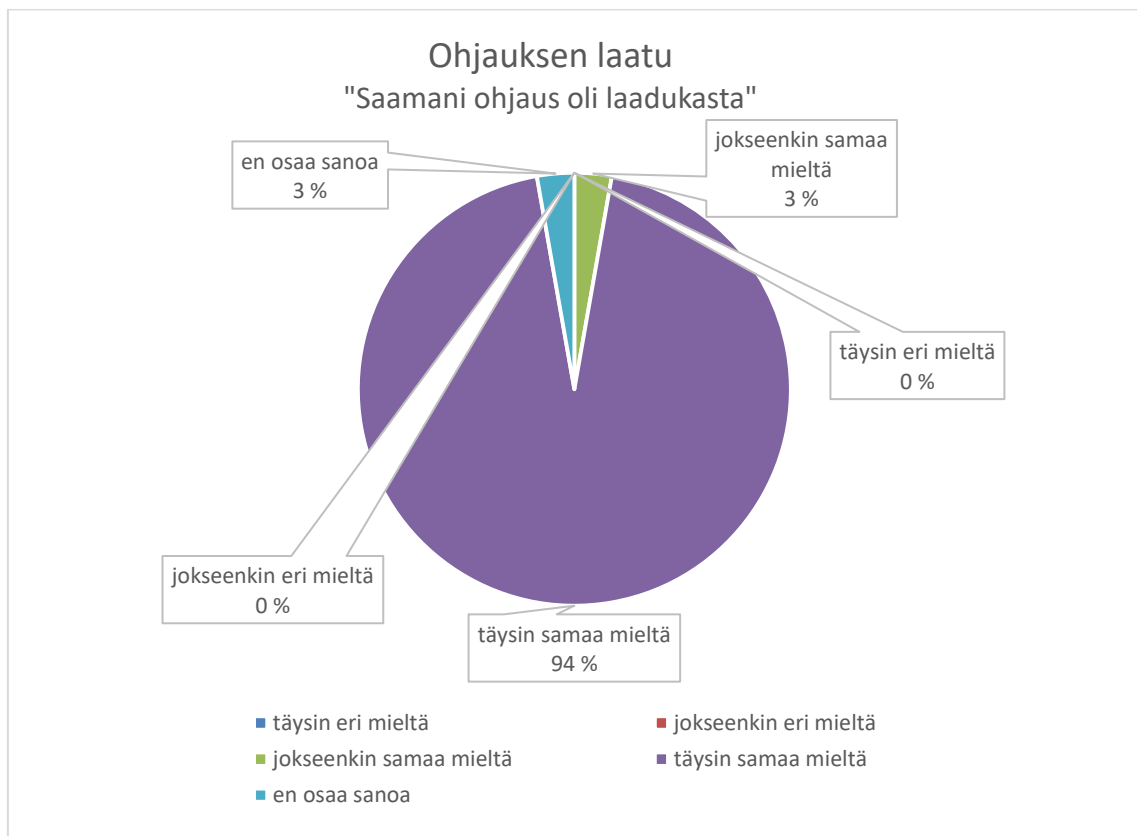
Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena, mutta kyselylomakkeessa käytimme myös kvantitatiivisia osioita. Aineiston keräsimme kyselylomakkeella, joissa oli sekä avoimia, että monivalintakysymyksiä. Aineiston analysoimme käyttäen laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysiä. Tutkimuksen aineiston keräsimme kyselylomakkeilla syys-joulukuussa 2015 Väestöliiton Oulun klinikalla. Sovimme yhdessä Väestöliiton henkilökunnan kanssa, että he kertovat tutkimuksesta potilaille munasolupunktion yhteydessä. Kyselylomakkeet potilaat täyttivät alkionsiirtokäynnin yhteydessä. Näin pystyimme tutkimaan myös postoperatiivisen kivun hoitoa.

Kyselyyn vastasi yhteensä 37 naista. Vastaajista enemmistö oli 30–40-vuotiaita, alle 30-vuotiaita vastaajia oli 24 prosenttia ja yli 40-vuotiaita 22 prosenttia. Suurimmalla osalla naisista oli aiempaa kokemusta munasolupunktiosta sillä 70 prosentille vastaajista oli toimenpide tehty vähintään kerran aiemminkin. Yli puolella vastaajista lapsettomuudelle ei ollut selvää syytä. Kolme vastaajaa ilmoitti kuuluvansa siihen 25 prosenttiin, joilla hedelmättömyyden syy löytyy molemmista. Vastaajista yksi oli lapsettomuushoidoissa yksin.

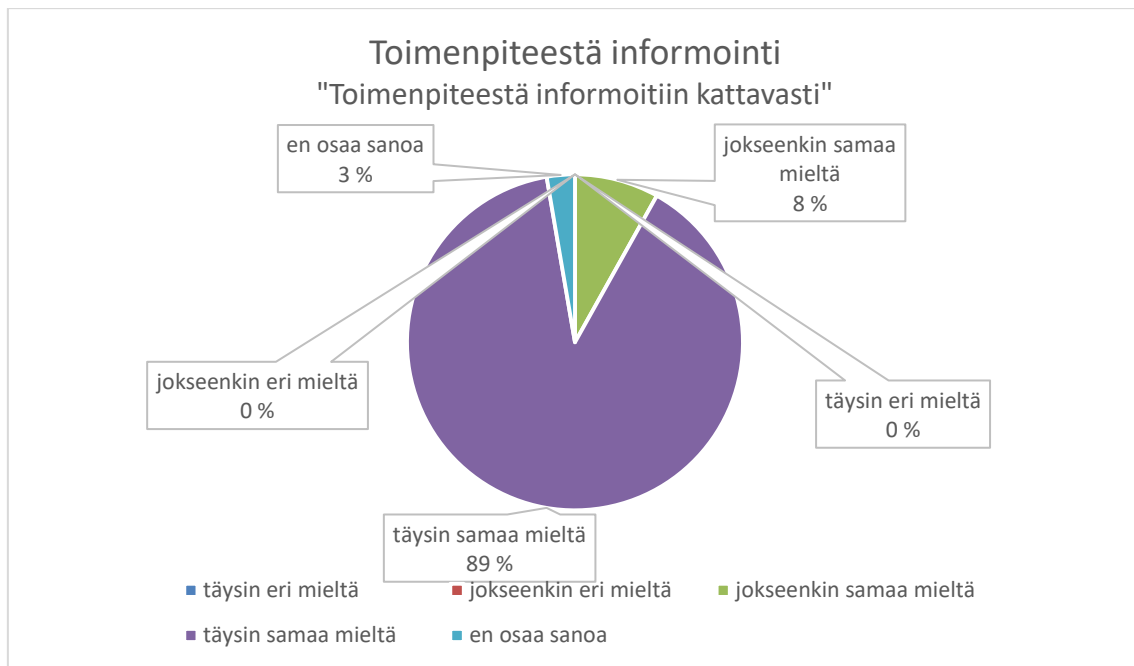
Munasolupunktioon liittyvän ohjauksen kaikki vastaajat saivat kätilöltä/hoitajalta. Lisäksi 51 prosenttia vastaajista ilmoitti saaneensa ohjeistuksen myös lääkäriltä. Kaikki vastanneet kokivat saamansa ohjauksen riittävänä, laadukkaana ja ammattimaitoisena. Kysyimme vastaajilta, olivatko he saaneet munasolupunktioon liittyvää ohjausta ja jos olivat saaneet, millaista ohjausta. Vastaukset olivat erittäin yhdenmukaisia. Kaikki olivat saaneet ohjausta ja kaikkien vastauksista nousi ylös teemat riittävä, hyvä ja kattava, joten oli helppo päätellä, että munasolupunktion ohjaukseen oltiin tyytyväisiä.

Munasolupunktioon liittyvästä ohjauksesta pyysimme vastaajia arvioimaan väittämiä. Väittämät olivat: ”Saamani ohjaus oli laadukasta”, ”Toimenpiteestä informoitiin kattavasti”, ”Tiesin, mitä toimenpidepäivänä tapahtuu” ja ”Minut

pidettiin toimenpiteen aikana ajan tasalla”. Vastausasteikko oli 1-5, jossa 1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä ja 5=en osaa sanoa. Kaikki vastaajat olivat joko täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä väittämien kanssa. 84 prosenttia vastaajista vastasi kaikkiin neljään kohtaan ”täysin samaa mieltä”. Selkeästi suurin osa naisista piti siis saamansa ohjausta laadukkaana (94%) ja kokivat, että toimenpiteestä informoitiin kattavasti (89%). Alla olevissa kaavioissa (kuvio 6. ja kuvio 7.) on esitettynä tulokset kuvioituna.



KUVIO 6. Ohjauksen laatu



KUVIO 7. Toimenpiteestä informointi

Vastaajista suurin osa koki toimenpiteen positiivisena. Vastaajat kuvasivat toimenpidettä miellyttäväksi, kivuttomaksi tai lähes kivuttomaksi sekä turvalliseksi. Henkilökunta sai kiitosta ja heidän läsnäolonsa koettiin turvallisuutta tuovana. Osa vastaajista oli kirjoittanut vain muutamalla sanalla kokemuksensa, joten oli vaikea saada käsitystä siitä, koettiinko toimenpide positiivisena vai negatiivisena. Esimerkiksi vastauksesta: "Nopea, välillä kivulias" on vaikea päätellä, minkälaisena vastaaja on kokenut toimenpiteen. Positiivisena voidaan pitää, että toimenpide on koettu nopeana, negatiivisena taas sitä, että se on ollut kivulias.

"Toimenpide oli rauhallinen ja turvallinen. Kipua ei tarvinnut turhaan tuntea."

"Ennakko-odotuksiin nähden toimenpide ei ollut kivulias."

"Yllättävän kivuton ja kaikki kävi nopeasti."

"Kiva ja helppo. Tunnelma oli miellyttävä. Minulle kosketus on tärkeää, hoitajat kosketti ja silitti."

Kysyimme, millaisena vastaajat kokivat toimenpiteen aikaisen kivunlievityksen. Vastauksista nousi kolme eri teemaa nopeasti esille. Enemmistön mielestä kivunlievitys oli riittävää, vastauksissa toistuivat myös sana ”tehokas”. Toinen osa vastaajista vastasi hyvin niukasti, yhdellä sanalla kivunlievitykseen. Usein vastaus oli ”ok”. Kolmas ryhmä edusti selkeää vähemmistöä vastaajista, jotka toivoivat lisää kivunlievitystä.

”Riittävä, lisättiin potilasta kuunnellen eikä kipu päässyt liian kovaksi.”

”Hyvänä ja toimivana, kipu oli pientä.”

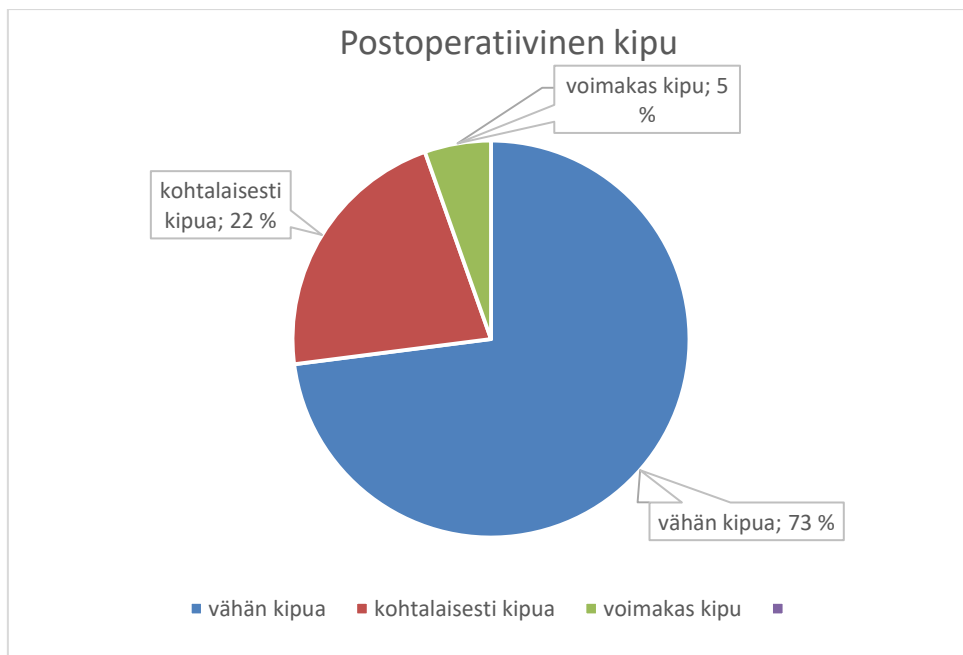
Vastaajista 86 prosenttia koki toimenpiteen aikaisen kivunlievityksen riittävänä. Avoimissa vastauksissa lääkitystä kuvattiin myös tehokkaaksi. Toimenpiteen aikana kipua seurataan jatkuvasti ja 27 prosenttia vastaajista ilmoitti saaneensa tarvittaessa tehostusta kipulääkitykseen toimenpiteen aikana. Kaiken kaikkiaan 30 prosentissa vastauksista mainittiin toimenpiteen kivuliaisuus ja vastaajista viisi prosenttia oli kokenut, ettei kipulääkitys vienyt kaikkea kipua pois ja

”Olisi voinut olla tehokkaampi”

”Lääkkeet oli hyvä, mutta ei ottanut sitä kipua pois, kun munarakkuloita tyhjennettiin. Silloin oli todella kivuliasta. Muuten kaikki toimi hyvin. Esim. esilääkitys oli tarpeen, kun laitettiin puudutus.”

Munasolupunktion jälkeisen kivun kuvaamista varten laadimme VAS-taulukon, jonka avulla pyysimme vastaajia arvioimaan kokemaansa kipua. VAS-mittari, eli visual analogue scale, on yleisimmin käytetty kipumittari. Alun perin se on 10cm pitkä vaakasuora jana, jonka toista ääripäätä vastaa tilanne, jossa potilaalla ei ole lainkaan kipua, ja toista ääripäätä tilanne, jossa kipu pahin mahdollinen. Potilas voi mittarin avulla kuvata kipunsa voimakkuutta hoitohenkilökunnalle. (Kalso, 2010) Potilaat arvioivat mittaria hyödyntäen kivun voimakkuutta sekä toimenpiteen aikana, että sen jälkeen. Kiputuntemukset ryhmittelimme kolmeen osaan:

vastaajat jotka tunsivat kipua vähän tai ei ollenkaan, vastaajat joiden kiputunte-
mus oli kohtalainen ja vastaajat jotka tunsivat kovaa kipua. Kukaan vastaajista ei
ilmoittanut kivun olleen sietämätön. Toimenpiteen aikainen kipu koettiin keski-
määrin 4,3 arvoiseksi ja postoperatiivinen kipu koettiin keskimäärin 3,3 ar-
voiseksi. Kukaan vastaajista ei arvioinut kivun olleen missään vaiheessa pahinta
mahdollista kuviteltavissa olevaa kipua. Alla olevassa kaaviossa on esitettynä
potilaiden kokema postoperatiivinen kipu kuviona. Suurimmalle osalle naisista
munasolupunktion postoperatiivinen kipu on vähäistä.



KUVIO 11. Postoperatiivinen kipu

Naiset kuvasivat postoperatiivista kipua lieväksi. Avoimissa vastauksissa toimen-
piteen jälkeistä oloa kuvattiin hyväksi.

*"Toimenpide oli pääosin kivuton, jälkikäteen oli nipistelyä, johon lääkkeensaanti
antoi oitis."*

"Erittäin hyvä. Olo toimenpiteen jälkeen hyvä."

12 POHDINTA

12.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksissa pyritään keräämään virheetöntä tietoa, kuitenkin niiden välillä on hyvinkin suuria eroja luotettavuuden ja pätevyyden näkökulmasta (Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 1997, 231). Siksi ennen aineiston keruuta, on tärkeää arvioida tutkimuksen luotettavuutta.

Kyselytutkimukseen, kuten kaikkiin tutkimustyyppeihin, liittyy myös heikkouksia. Näitä ovat esimerkiksi aineiston pinnallisuus ja epäily siitä, etteivät vastaajat ole rehellisiä tai huolellisia. Hyvän kyselylomakkeen laatiminen vaatii myös tutkijalta tietoa ja taitoa. (Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 1997, 195). Kyselylomakkeiden laadintaan on kuitenkin olemassa hyvin paljon sekä teoriaa että käytännön ohjeita. Näihin huolellisesti perehtymällä kyselylomakkeesta tulee laadukas, eikä näin ollen väärinymmärryksestä tai vastausvaihtoehtojen puuttumisesta ole huolta.

Myös saturaation käyttämiseen liittyy ongelma. Tutkijan oppineisuudesta ja havaintokyvystä riippuu, kuinka paljon vastauksia tulkitessa löytää uusia näkökulmia. Saturaatiomenetelmä ei myöskään tue ajatusta siitä, että kaikki tutkittavat tapaukset ovat ainutlaatuisia. Käytännössä saturaatio on kuitenkin osoittautunut hyväksi keinoksi rajata tutkimusaineistoa. Taustalla on ajatus siitä, että yksittäisessä toistuu yleinen ja näin tutkittaessa pientä kohdejoukkoa kyllin tarkasti saadaan esiin ne asiat, jotka ilmiössä ovat merkittäviä ja jotka toistuvat yleisellä tasolla ilmiötä tarkasteltaessa. (Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 1997, 182)

Tutkimuksen luotettavuutta kuvaa se, että kyselylomakkeilla kerätty materiaali vastasi opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin. Tulokset voidaan todentaa toistetulla tutkimuksella, oletettaessa ettei ohjauksen laadussa tai kivunhoidon lääkehoidossa tapahdu muutoksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009,

152.) Avoimiin kysymyksiin naiset vastasivat harvasanaisesti, mikä hankaloitti tulosten laadukasta analysointia. Kyselylomakkeiden kysymysasettelu olisi pitänyt olla sellainen, että vastaajien olisi pitänyt vastata seikkaperäisemmin pelkkien kyllä-ei –vastausten sijaan.

Tutkimuskysymyksiin vastaamisen lisäksi, opinnäytetyömme tavoitteena oli harjoitella hoitotieteellisen tutkimuksen tuottamista. Alkuun suunnittelimme opinnäytetyöllemme kohtuuttoman tiukan valmistumisaikataulun. Työ valmistui puoli-toista vuotta suunniteltua myöhemmin, mikä kuvaa sitä, ettemme suunnitteluvaiheessa vielä tienneet, kuinka laajasta työstä oli kyse. Materiaalia saimme kyselylomakkeilla kerättyä suunniteltua enemmän mikä lisäsi työn määrää, mutta samalla myös lisäsi työmme luotettavuutta.

12.2 Tutkimuksen eettisyys

Tärkeimpiä tutkimuksen eettisyyteen vaikuttavia tekijöitä ovat tutkimukseen osallistuneiden nimettömyys ja tunnistamattomuus. Tutkimusaineiston luottamuksellisesta käsittelystä ja tutkimukseen osallistuneiden nimettömyydestä tulee sopia tutkittavien kanssa jo ennen aineiston keräämistä. Tutkimuksessamme henkilötietoja ei kerätty lainkaan ja tutkittavat saivat palauttaa kyselylomakkeet suljetuissa kirjekuorissa palautuslaatikkoon. Näin toimimalla pystyimme takaamaan tutkittavien henkilöllisyyden salassa pysymisen. Tutkimukseen osallistumisen tulee myös aina olla vapaaehtoista. (Kuula, 2006, 201-204)

Luotettavasta ja eettisestä toiminnasta kertoo rehelliset toimintatavat sekä vilpin välttäminen. Toimintamme pyrimme pitämään koko prosessin ajan mahdollisimman läpinäkyvänä luotettavuuden takaamiseksi. Annoimme yhteystietomme myös tutkittaville saatekirjeen mukana, jolloin kuka tahansa tutkimukseen osallistuneista, pystyy olemaan tutkijoihin yhteydessä myöhemmässäkin vaiheessa. Kaikki saamamme vastaukset sisällytettiin tutkimustuloksiin ja vastaukset analysoitiin siten, ettei niiden perimmäinen ajatus vääristy. Opinnäytetyön lähteet merkitsimme Oulun ammattikorkeakoulu Oy:n ohjeen mukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172–173, 182)

12.3 Jatkotutkimusaiheet

Saamamme vastaukset olivat hyvin yhteneväisiä, selkeästi suurin osa naisista oli tyytyväisiä saamaansa kivunhoitoon ja ohjausta pidettiin laadukkaana sekä kattavana. Kyselylomakkeita analysoidessamme jatkotutkimusehdotukseksi muodostui puolisoiden huomioiminen hedelmöityshoitojen ohjauksessa. Hedelmöityshoitoja annetaan edelleen enimmäkseen pariskunnille, joten ohjaus tulisi siis aina kohdentaa pariskunnan molemmille osapuolille yhtä kattavasti.

LÄHTEET

Ahuja, M. 2009. Counseling in infertility. South Asian Federation of Obstetrics and Gynecology. 5-8/2009 38-43

Gissler, M. & Heino, A. 2016. Hedelmöityshoidot 2014–2015, tilastoraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko; Sajavaara, Paula. 1997. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy. s. 161, 182, 195, 221-222, 231, 268

Heinimäki, J. 2012. Taskuetiikka. Helsinki: Kirjapaja.

Hentinen, M. & Kyngäs, H. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy, 91-93, 111-115.

Huupponen, K. 2014. Sijaissyntytytys ja kohdunvuokraus. Lapin yliopisto, oikeustieteiden tiedekunta. Pro gradu. Viitattu 6.9.2016 <https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/60007/Huupponen.Krista.pdf?sequence=2>

Janhonen, S. 2001. Kertomukset hoitotieteellisen tiedon tuottamisesta: Narratiivinen lähestymistapa. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmiönä: Fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. (ei julkaisupaikkaa) s. 84, 116, 121-122

Jungwirth, A., Giwercman, A., Tournave, H., Diemer, T., Kopa, Z., Dohle, G. & Krausz, C. 2012. European Association Of Urology Guidelines On Male Infertility: The 2012 Update. Volume 62, Issue 2. 8/2012. s.324-332

Jokimaa, V. 2006. Koeputkihedelmöityshoitojen välittömät komplikaatiot. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 122/2006. 434-440

Kaikkonen, M. 2013. Kto Ensikäynti. Väestöliiton klinikat Oy – Oulun klinikka

Kalso, Eija. 2010. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa: Kalso, E. & Vainio, A. Kipu. Helsinki. Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro Oy . 152, 160, 172-173, 182

Kaukoranta, S. & Suikkari, A-M. 2012. Miehestä johtuva tahaton lapsettomuus. Suomen Lääkärilehti 21-31/2012 vk 67. s. 2065-2071

Ketonen, K. 2012. Lapsettomuus. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A-M. (toim) Kätilötyö. Helsinki. Edita Prima. s. 613-614

Koskimies, A. 2004. Hedelmällinen rakkaus-toiveena lapsi. Hämeenlinna: Karisto Oy Kirjapaino, 92.

Koskimies, A. 2000. Miehen hedelmättömyys. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 18/2000. 1954-1960

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen käyttö, hankinta ja säilytys. Tampere. Vastapaino. 201-204

Laki hedelmöityshoidosta. 1237/2006. Helsinki. Eduskunta. 22.12.2006

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Helsinki. Eduskunta. 17.8.1992

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. 10-11, 24-30

Moilanen, H. 2014. Hto Lepohuoneenhoitajan työohje. Väestöliiton klinikat Oy – Oulun klinikka

Moilanen, H. 2014. Hto Lapsettomuushoitajan vastaanotto. Väestöliiton klinikat Oy – Oulun klinikka

Morin-Papunen, L. & Koivunen, R. 2012. Hedelmättömyyden hoidot – osa 1. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 14/2012. s. 1478, 1481, 1484

Morin-Papunen, L. & Koivunen, R. 2012. Hedelmättömyyden hoidot – osa 2. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 15/2012. s. 1568, 1572, 1574

Nuojua-Huttunen S. & Anttila L. 2009. Hedelmättömyyden ensivaiheen tutkimukset selvittävät pysyvää hedelmättömyyttä ja heikentynyttä lisääntymiskykyä. Suomen Lääkärilehti 64/2009. s. 367–373.

Saarela, K. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede 4/2013

Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysministeriön eettinen neuvottelukunta ETENE. 2012. Milloin etiikan näkökulmasta hedelmöityshoito tulisi evätä?

Tapanainen, J. & Välimäki, M. 2010. Miehen infertiliteetti. Teoksessa Dunkel, L., Sane, T. & Välimäki M. (toim.) Endokrinologia. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Seksuaali- ja lisääntymisterveys – lapsettomuus. Viitattu 16.8.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/lapsettomuus>

Tiitinen, A. & Unkila-Kallio, L. 2011. Lapsettomuus. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Toivanen, R., Vilska, S. & Tulppala, M. 2004. Sylillinen surua – lapsettomuuden kokemus. Suomen lääkäri. 43/2004 VKS 59. s. 4115

Tulppala, M. 2007, Kun vauva viipyy –lapsettomuuden tutkimus ja hoito. Toim. Suikkari A-M. & Mäkinen, S. 2007. Topnova. Väestöliitto.

Tulppala, M. 2012. Lapsettomuus ja parisuhde. Suomen lääkäri. 26-31/2012. s. 2081-2086

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Helsinki: Tammi. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. s. 92, 105-119

Väestöliitto. ICSI hoito eli mikroinjektio. Viitattu 17.9.2016
<http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklinikka/lapsettomuushoidot-vaestoliitto/hedelmointishoidot/koeputkihedelmointys-eli-ivf/mikroinjektio-eli-icsi/>

Väestöliitto. Mistä lapsettomuus johtuu? Viitattu 18.8.2016
<http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklinikka/tietoa-lapsettomuudesta/>

LIITTEET

SAATEKIRJE LIITE 1

Hei!

Olemme kaksi kolmannen vuoden kättilöopiskelijaa Oulun ammattikorkeakoulu Oy:stä. Teemme opinnäytetyönämme tutkimusta munasolupunktioon liittyvästä lääkehoidosta ja siihen liittyvästä ohjauksesta. Keräämme aineistoa joulukuun 2015 saakka.

Kaikki tutkimuksessa kerättävä materiaali käsitellään täysin luottamuksellisesti ja anonyymisti. Aineistoa käytetään ainoastaan tätä työtä varten.

Arvostaisimme, jos sinulla olisi muutama minuutti aikaa vastata oheisiin kysymyksiin.



Ystävällisin terveisin
kättilöopiskelijat
Anna Korvala & Jutta Mäki

Jos haluat lisätietoja tutkimuksesta, ota yhteyttä:

Anna: xxxxxx / xxxxxx

Jutta: xxxxxx / xxxxxx

KYSELYLOMAKE

Väestöliitto 2015

Esitiedot

Rastita oikea vastaus:

1. Ikä

20-29	
30-39	
40->	

2. Lapsettomuus johtuu

miehestä	
naisesta	
molemmista	
ei selvää syytä	

3. Oletko käynyt munasolupunktiossa aiemmin? Jos kyllä, niin montako kertaa?

Kyllä, kerran	
Kyllä, kahdesti	
Kyllä, kolmesti tai useammin	
En ole käynyt aiemmin	

Munasolupunktioon liittyvä ohjaus

4. Sain ohjauksen

kätilöltä/hoitajalta	
lääkäriltä	

Vastaa omin sanoin

5. Saitko munasolupunktioon liittyvää ohjausta ennen toimenpidettä? Jos vastasit kyllä, niin millaista?

6. Millaista saamasi ohjaus oli? Arvioi alla olevan asteikon mukaan

	täysi n eri mielt ä	jokseen kin eri mieltä	jokseen kin samaa mieltä	täys in sam aa miel tä	en osaa sano a
Saamani ohjaus oli laadukasta	1	2	3	4	5
Toimenpiteestä informoitiin kattavasti	1	2	3	4	5
Tiesin, mitä toimenpidepäivänä tulee tapahtumaan	1	2	3	4	5
Minut pidettiin toimenpiteen aikana ajan tasalla	1	2	3	4	5

7. Millaisena koit toimenpiteen?

Lääkehoito ja siihen liittyvä ohjaus

Vastaa seuraaviin kysymyksiin omin sanoin.

8. Millaista ohjausta sait munasolupunktioon liittyvää lääkehoitoa koskien?

9. Oliko saamasi ohjaus riittävää liittyen kotona otettaviin lääkkeisiin? Jos vastasit ei, minkälaista ohjausta olisit kaivannut enemmän?

10. Arvioi seuraavan asteikon mukaan kokemaasi kipua.

1 = ei lainkaan kipua ja 10 = pahin mahdollinen kipu

a) toimenpiteen aikana

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

b) toimenpiteen jälkeen

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

11. Millaisena koit toimenpiteen aikaisen kivunlievityksen?

Kiitos vastauksestasi!

Mukavaa syksyä,

toivottavat kätilöopiskelijat Anna Korvala ja Jutta Mäki



ENSIKÄYNTI LIITE 3



Väestöliiton klinikat Oy
Oulun klinikka

Työohje

Versio: 2 / 26.4.2013

Laatija: Merja Kaikkonen

KTO ENSIKÄYNTI

Tarkoitus

Väestöliiton klinikat Oy:n Oulun klinikalle pääsee tutkimuksiin ja hoitoon ajan vaaramalla, ilman lähetettä. Asiakas ottaa yhteyttä klinikalle puhelimitse tai sähköpostilla. Myös maksusitoumuksella tulee asiakkaita sairaanhoitopiiristä. Maksusitoumusasiakkaiden tutkimukset lähtevät liikkeelle ensikäynnistä.

Tehtävän kuvaus

Potilaskansio tehdään valmiiksi edellisenä päivänä. Kannet kirjoitetaan naisen nimellä ja henkilötunnuksella. Naispareille kannet kirjoitetaan hoitoa saavan puolison nimellä.

Potilaskansion sisään laitetaan

- Arkistokappaleen liite omilla tai luovutetuilla sukusoluilla
- Selvitys hoidon tuloksena syntyvän lapsen ja muiden osapuolten oikeudellisesta asemasta ja hedelmöityshoitojen yleiset ehdot
- Hoitosuunnitelma -lomake
- Uusi pariskunta, ensimmäinen käynti - ohjauksen sisältö
- Molempien henkilötunnustarrat
- Mahdollisesti muista hoitolaitoksista lähetetyt lähetteet/maksusitoumukset sekä sairauskertomukset

Kun potilaat tulevat ensikäynnille

Pyydetään esittämään Kelakortit, joista tarkistetaan henkilöllisyydet. Ellei Kelakortti ole mukana, pyydetään esittämään ajokortti tai muu henkilöllisyystodistus, esim. passi. Selvitetään maksukäytäntömme: Kelakortit kannattaa pitää mukana, jotta saa Kelan suorakorvauksen (huom. poikkeukset). Potilas voi maksaa rahalla, pankkikortilla ja Luottokunnan luottokorteilla, jolloin kassalaskuun lisätään toimistomaksu. Potilas voi saada myös pankkisiirron, jolloin laskuihin lisätään laskutuslisä. Selvitetään Kelan suorakorvausmenettely.

Täydennetään puuttuvat henkilötiedot. Jos esim. miehen henkilötiedot puuttuvat, lisätään nämä tiedot rouvan rekisteritietojen kautta, jotta heistä syntyy pari rekisteriimme ja tiedämme myöhemminkin kuka on kenenkin puoliso.

Henkilörekisterilomakkeet ja informointivelvollisuus on kuvattu **TO Henkilörekisterin ylläpito ja henkilörekisterilomakkeet**.

LEPOHUONEEN OHJE LIITE 4



Väestöliiton klinikat Oy
Oulun klinikka

Työohje

Versio: 4 / 11.8.2014
Laatija: Heli Moilanen

HTO LEPOHUONEEN HOITAJAN TYÖOHJE

1. Tarkoitus

Tässä ohjeessa kuvataan potilaan valmisteleminen toimenpiteeseen ja potilaan seuranta toimenpiteen jälkeen. Toimenpiteellä tarkoitetaan tässä yhteydessä munasolujen keräystä (OPU). Tämän suorittaa lepohuoneessa työskentelevä IVF-hoitaja.

2. Tehtävän kuvaus

Ennen toimenpidettä

Potilas vastaanotetaan lepohuoneeseen noin puoli ($\frac{1}{2}$) tuntia ennen toimenpidettä.

Ennen potilaan vastaanottamista tarkistetaan tilan siisteys sekä vedetään valmiiksi ruiskuun kullekin potilaalle 5-10ml NaCl 0,9% iv-kanyylin huuhtelua varten.

Lepohuoneen esittely

Potilasta pyydetään riisumaan ulkokengät ja ulkovaatteet lepohuoneeseen tullessa. Esitellään tila ja ohjataan potilas parivuode-/ lepotuolipaikalle. Varmistetaan, että potilaalle on saattaja.

Puolison valmistelu

Potilaan puoliso ohjataan välittömästi spermalaboratorioon siemennestenäytteen antamista varten. Näytteenannon jälkeen puoliso voi palata lepohuoneeseen. Jos puoliso lähtee pois klinikalta huolehditaan että tarvittaessa hän on tavoitettavissa mahdollisen uuden näytteen antamista varten.

Potilaan valmistelu

Haastattelu

- varmistetaan **henkilötunnus** ja **nimi**
- vointi

- ravinnotta n 2h ennen toimenpidettä
- lääkeaineyleherkkyyksien kartoitus ja kirjaaminen, huomioi onko puudutettu aiemmin ja onko puudutteen käytössä ollut ongelmia
- säännölliset lääkitykset ja perussairaudet
- SV-todistusten tarve
- saattaja (välttämätön)

Lääkitys ennen toimenpidettä

Esilääkkeenä ennen toimenpidettä käytetään pääsääntöisesti paracetamolia 1,0g ja diklofenaakia 100 mg/ibuprofeeniä 400-600 mg ja lisäksi diatsepaamia 5-10 mg per os.

Tarvittaessa asiakas tyhjentää virtsarakon uudelleen juuri ennen toimenpidehuoneeseen siirtymistä.

IV-kanyyli

Potilaan laskimoon laitetaan suoni yhteyttä varten iv-kanyyli. Tämän jälkeen tarkistetaan NaCl:lla 0,9 %, että kanyyli on suonessa ja vetää hyvin. Tämän suorittaa lepo huoneessa työskentelevä hoitaja.

Jos potilaalle on suunniteltu/ suunnitellaan antibioottiprofylaksia, lepo huoneen hoitaja tarkistaa oikean valmisteen annoksineen hoitavalta lääkäriltä ja antaa antibiootit/reseptin ohjeiden mukaan.

Tarvittaessa tilanteen mukaan aloitetaan asiakkaan nesteytys ennen toimenpidettä (esim. jos paljon follikkeleita/hyperstimulaation riski). Nesteytykseen Ringersteril/ NaCl 0,9 % 500ml/1000ml.

Lepo huoneen hoitaja kirjaa antamansa lääkkeet ja tekemänsä toimenpiteet asianmukaisesti Doc-torexille potilaan sairauskertomukseen.

Toimenpide

Lepo huoneen hoitaja vastaa toimenpiteen aikana potilaan voinnin seurannasta ja tarvittavasta lääkityksestä (happisaturaatiomittarin huomiointi, tarvittaessa ovarioiden painaminen, tarvittaessa lisähapetus).

Toimenpiteen jälkeen

Potilas saa juoda vettä/mehua heti toimenpiteen jälkeen ja syödä noin 10-15 minuutin kuluttua, jos vointi on hyvä. Potilasta kehoitetaan juomaan reiluhkosti (toimenpiteen jälkeen muutaman päivän ajan – erityisesti huomioidaan OHSS-riskissä olevat potilaat).



Väestöliiton klinikat Oy
Oulun klinikka

Työohje

Versio: 4 / 11.8.2014
Laatija: Heli Moilanen

Potilaan voinnin seuranta

- kivut ja vuoto
- tarvittaessa IV-nesteytys sekä kivun ja vuodon hoito erillisen ohjeen mukaan
- virtsaaminen
- tarvittaessa RR ja pulssi, vatsanympärys

Potilaan mahdollista kipua ja pahoinvointia lääkitään tarpeen mukaan. Ylimääräiseen iv-nesteytykseen varaudutaan. Tarvittaessa konsultoidaan hoitavaa lääkäriä.

Kipuun

- ibuprofeini (Burana® 600mg tbl) tai Voltaren rapid® 50-100 mg
- paracetamol (ParaTabs® 1g tbl/suppo)
- dexketoprofeini (Kettesse® 25 mg per os/ tai hitaana boluksena suoneen)
- metamitsolia+pitofenonia (Litalgin® tbl tai suppo)
- lääkärin luvalla petidinhydrokloridi (Petidin® 50mg/ml boluksena suoneen tai im)

Pahoinvointiin

- metoklopramidi (Primperan® tbl per os/ suppo/ iv)

Verenvuotoon

- vuodon seuranta – tarvittaessa tamponointi – tarvittaessa iv-nesteytys – suturaatio – lähte keskussairaalaan

SV-todistukset

Lepuhuoneen hoitaja varmistaa, että potilas saa tarvitessaan A-todistuksen työnantajaa varten (rutiinisti 3 päivää ja puolisolalle ko. punktiopäivä).

Pakastussopimukset

Potilaalle ja puolisolalle annetaan luettavaksi ja esitetyttäväksi pakastussopimukset (2kpl). Pakastussopimus on voimassa 3 vuotta ja pariskunta huolehtii itse sopimuksen uusimisesta. Jos puoliso ei ole läsnä alkionsiirrossa, hänen on allekirjoitettava sopimus jo toimenpidepäivänä (ks. ko. HTO)

Kotihoito-ohje

Potilas saa kirjallisen kotihoito-ohjeen, joka käydään läpi myös suullisesti. Ohjeeseen merkitään alkionsiirtoaika ja suunniteltu tukihoito. Raskaustestin ajankohta kirjataan Hoitoseuranta lomakkeelle alkionsiirtopäivänä.

Alkionsiirtoajan antaminen asiakkaalle

Tavallisesti alkionsiirto tehdään toisena (2.) päivänä munasolujen keräyksen jälkeen (OPU maanantai -> ET keskiviikko). Jos kuitenkin toimenpide on perjantaina, alkionsiirto tehdään yleensä maanantaina.

Tuorealkionsiirrot pyritään ajoittamaan aamupäivään klo 9:30 jälkeen. Jos siirrettävien alkioden lukumäärä on vahvistettu, ajan voi antaa myös iltapäivälle (merkinnät lääkärin ja labran ajanvar.)

Tarvittaessa alkionsiirtoajasta neuvotellaan solulaboratorion ja hoitavan lääkärin kanssa.

Jatkosuunnitelma

Asiakkaalle annetaan raskaustestipäivä, joka on n 16 vrk toimenpiteen/OPU:n jälkeen.

Raskaustestiin asti jatkuvat keltarauhashormonilääkkeet ja muut mahdolliset lääkkeet lääkärin ohjeen mukaan.

Ennen kotiutusta

- juominen, syöminen ja virtsaaminen pitää onnistua
- kipu on hallinnassa
- jälkivuoto normaalia
- suonikanyylin poisto, kun asiakas on virtsannut ja voi hyvin
- spermavastaus ja hedelmöitysmenetelmä tiedossa
- tarvittaessa keskustelu lääkärin/biologin kanssa
- varmistettu, että alkionsiirtoaika on annettu
- kotiutus 1½-2h toimenpiteen jälkeen saattajan/puolison kanssa

Muuta huomioitavaa

Lepohuoneessa työskentelevä hoitaja huomioi seuraavan päivän OPU -potilaat (esilääkkeet, ajanvaraukset yms.).

Hoitaja huolehtii myös seuraavista asioista:

- tarvittavien välineiden riittävydestä (tekee tarvittaessa tilattavista tuotteista tilauslistan)
- kaappien täydennyksestä
- lepohuoneen siistimisestä
- lakanoiden vaihdon ja paarivuoteiden petaamisesta
- mehu-/kahvi-/teetarjoilun mahdollistamisesta tmp päivänä

3. Kirjaaminen

Lepohuoneen hoitaja kirjaa Doctorexille potilaan sairauskertomukseen potilas-hoitoon liittyvän hoitotyön punktiopäivänä: antamansa lääkkeet, tekemänsä toimenpiteet, a-todistusten tarpeen, *Alkioiden pakastussopimusten* mahdollisen esitäyttämisen siirtopäivää varten.

Lepohuoneen hoitaja kirjaa antamansa Rapifen -annostuksen potilaskohtaisesti kyseisen lääkeaineen lääkekorttiin.

Lepohuoneen hoitaja modifioi kyseisen potilaan kirjallisen kotihoito-ohjeen: lisää tukihoitoa ja sen aloitusajankohdan sekä alkionsiirtopäivämäärän ja kellonajan.

Lepohuoneen hoitaja kirjaa tilattavat tuotteet hankittavaksi ja toimittaa tarvittaessa tilauslistan nimetylle henkilölle laboratorioon.

Lepohuoneen hoitaja kirjaa Hoitoseuranta – lomakkeelle raskaustestin ajankohdan päivämäärä

LAPSETTOMUUSHOITAJA VASTAANOTTO LIITE 5



Väestöliiton klinikat Oy
Oulun klinikka

Työohje

Versio: 3 / 11.8.2014

Laatija: Heli Moilanen

HTO LAPSETTOMUUSHOITAJAN VASTAANOTTO

1. Tarkoitus

Työohjeessa kuvataan hoitajan luona tapahtuvaa vastaanottokäyntiä, erityisesti hoitajan antamaa tukea ja neuvontaa.

2. Tehtävän kuvaus

Potilaan/pariskunnan käynti hoitajan vastaanotolla on osa hoitoprosessia. Käynneillä käsiteltävät asiat vaihtelevat yksilöllisesti. Hoitaja arvioi potilaan/pariskunnan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia valmiuksia ja selviytymistä sekä auttaa löytämään keinoja normaalin elämän tueksi.

Hoitajan vastaanotto etenee potilaan/pariskunnan ja lääkärin tekemän suunnitelman mukaisesti. Tarvittaessa hoitaja tekee yhdessä potilaan/pariskunnan kanssa hoitosuostumuksen. Suunnitelman mukaiset jatkotutkimukset käydään lävitse, opastetaan huomioimaan tutkimuksiin ja hoitoihin liittyvät asiat sekä tarvittaessa pistoshoito ja siihen liittyvä lääkeneuvonta.

Ensikäynnillä huomioidaan hyvän ja luotettavan hoitosuhteen syntymisen merkitys kokonaishoidon perustana. Huomioitavaa on myös yleinen terveyden seuranta ja opastus omatoimisen hyvinvoinnin ylläpitämiseen (esim. rinnat, kivekset, elämäntavat).

Hoitajan vastaanottoon kuuluu potilaan/pariskunnan hyvinvoinnin tukeminen koko hoitoprosessin ajan. Potilas/pariskunta tarvitsee eniten tukea ja neuvontaa vastaanottokäynnin yhteydessä, jos hoito ei ole tuonut toivottua tulosta tai hoidoista joudutaan luopumaan. Tuen antamisella tarkoitetaan tiedon antamista sekä kykyä luoda potilaaseen suhde, joka ohjaa häntä positiiviseen ajatteluun yksilötasolla ja pariskuntana. 'Tukivastaanotto' voi olla erillinen keskustelukäynti hoitajan luona tai osa muuta vastaanottokäyntiä. Lapsettomuuden hoidossa potilaan/pariskunnan kokemat tunnetilat ja/tai kriisin vaiheet poikkeavat toisistaan ja kukin kokee ne yksilöllisesti omassa aika-tilassaan. Uudet pettymykset voivat saada aikaan taantumaa

kriisin eri vaiheiden välillä. Erityisen hankalia vaiheita hoitoon hakeutuneille ovat lapsettomuuden toteaminen, hoidon aloittaminen, hoitojen pitkittyminen ja hoidoista luopuminen

Kriisin eri vaiheita:

- Kaaos/sokki -vaiheessa ohjeet annetaan yksinkertaisesti ja ne kerrataan myöhemmin. Potilas/pariskunta tarvitsee turvallisuuden tunteen siitä, että auttajat hallitsevat tilanteen.
- Reagointivaiheen aikana koetaan mm. surua, häpeää, tyhjyyttä ja syyllisyyttä. Asia on koko ajan mielessä ja siitä halutaan puhua. Aluksi asioita käydään lävitse suojamekanismeja tukien, myöhemmin aktiivisemmin tosiasioita käsitellen. Potilaalle/pariskunnalle tärkeää on kuulluksi tuleminen.
- Työstämis- ja käsittelyvaiheen aikana luodaan uutta kuvaa itsestä, keskeisenä on surutyö ja tunteiden käsittely. On tärkeää tulla kuulluksi ja saada tukea eteenpäin pääsemiseksi. Potilaalle/pariskunnalle on tärkeää saada tietoa muiden samankaltaisista tunteista (vertaistuki).
- Uudelleen suuntautumisen vaiheessa siirrytään kohtaamaan arjen tilanteita, esim. läheisille kertomista. Lapsettomuus ei enää rajoita elämää samassa määrin kuin ennen.

Tuen antaminen ei korvaa varsinaista psykoterapiaa. Hoitaja arvioi, onko potilaalla/pariskunnalla tarvetta laajempaan tukeen tai terapiaan ja opastaa siihen tarvittaessa. Vastaanotolla pyritään vastaamaan esitettyihin kysymyksiin ja antamaan tietoa, mutta myös auttamaan yksilöä/pariskuntaa havahtumaan uuteen näkökulmaan ja oman toiminnan ja ajattelutavan tarkasteluun. Tapaamisen aikana annetaan selkeä laista positiivista palautetta, mikä on totta.

Tuen antaminen voidaan jaotella seuraavasti:

Emotionaalinen tukeminen

- Ystävällisen ja turvallisen ilmapiirin luominen
- Potilaan/pariskunnan hyväksyminen sellaisena kuin he ovat
- Kuunteleminen, kuuleminen ja kysymyksiin vastaaminen
- Rohkaiseminen tunteiden ilmaisemiseen
- Myönteisten voimavarojen löytäminen
- Mahdollisista ongelmista keskusteleminen

Konkreettinen tukeminen

- Kirjallisen tiedon antaminen

- Tarvittaessa eteenpäin ohjaaminen
- Hoitotarvikkeiden käytön neuvominen
- Lääkehoidon osaamisen varmistaminen
- Jatkokäyntien ohjelmoiminen
- Vertaistuesta informoiminen
- Yhteiskunnan tarjoamat tukipalvelut

Tavoitteisiin päästään kartoittamalla mitä potilas/pariskunta tietää ja mitä heidän tulisi tietää. Turvallinen, hyvä hoitosuhde ja vuorovaikutus luovat pohjan potilaan/pariskunnan tarpeiden, kysymysten ja toiveiden tunnistamiselle ja esille tulemiselle.

Tukea, ohjausta ja neuvontaa annetaan myös puhelimitse. Potilas voi soittaa hoitajalle saadakseen keskustella mieltään painavista asioista tai ajatuksista ja hoitoprosessin aikaisista kokemuksista. Potilasta/pariskuntaa kannustetaan ottamaan yhteyttä tarpeen mukaan milloin tahansa hoitoprosessin aikana. Puhelimitse tapahtuva tukeminen noudattaa samoja periaatteita kuin vastaanotolla.

3. Kirjaaminen

Hoidon kannalta oleellisen tiedon hoitaja kirjaa potilastietokantaan ja lisää käynnistä/puhelusta tarvittaessa laskutustiedot.